

Addendum I

**au projet de Programme et budget 2012–2013
Organisation panaméricaine de la Santé**

**JUSTIFICATION POUR L'AUGMENTATION PROPOSÉE
DANS LES CONTRIBUTIONS FIXÉES**

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
I. LA PLUS-VALUE DE L'OPS POUR SES ÉTATS MEMBRES	4
II. ÉVALUATION BUDGÉTAIRE ET JUSTIFICATION POUR UNE AUGMENTATION DES CONTRIBUTIONS	5
Impact financier des postes à durée déterminée sur le budget ordinaire	6
Contributions fixées.....	8
Scénario A (augmentation de 10,5% dans les contributions)	
Scénario B (augmentation de 6,7% dans les contributions)	
Scénario C (augmentation de 0% dans les contributions)	
Scénario D (augmentation de 4,3% dans les contributions)	
Illustration de l'effet net des contributions proposées et des crédits du budget ordinaire alloués par pays	13
III. IMPACT NÉGATIF PRÉVU SUR LE PROGRAMME DE COOPÉRATION TECHNIQUE DE L'OPS	14
IV. EFFORTS FAITS PAR LE BSP POUR AMÉLIORER L'EFFICIENCE ET LA PRODUCTIVITÉ	34
Le personnel du BSP et les tendances dans le budget ordinaire	34
Tendances dans le financement du budget ordinaire de l'OPS/OMS.....	36
Total programmes et tendance budgétaire de l'OPS/OMS.....	38
Efficience et productivité	39
Gains d'efficience et endiguement des coûts.....	42
V. EFFORTS DU BSP POUR AMÉLIORER LA PERFORMANCE PROGRAMMATIQUE ORGANISATIONNELLE	44
Progrès en vue d'atteindre les objectifs stratégiques (OS)	44
Exécution budgétaire	55
Statut du déficit de financement	55
SIGLES	57
GLOSSAIRE	58
ANNEXES	
Annexe 1. Scénario A (augmentation de 10,5% dans les contributions) Effet net des contributions fixées proposées et affectations au budget ordinaire par pays	61
Annexe 2. Scénario B (augmentation de 6.7% dans les contributions) Effet net des contributions fixées proposées et affectations au budget ordinaire par pays.....	62
Annexe 3. Scénario C (augmentation de 0% dans les contributions) Effet net des contributions fixées proposées et affectations au budget ordinaire par pays.....	63
Annexe 4. Scénario D (augmentation de 4,3% dans les contributions) Effet net des contributions fixées proposées et affectations au budget ordinaire par pays.....	64
Annexe 5. Analyse programmatique et budgétaire par objectif stratégique	65

INTRODUCTION

1. Le projet de programme et budget 2012–2013 est présenté avec une réduction de \$16,2 millions¹ par rapport au programme et budget de 2010–2011 (de \$642,9 millions à \$626,7 millions). Le présent projet de programme et budget est le dernier qui entre dans le Plan stratégique de l'OPS 2008–2012 et compte dans les engagements de l'Organisation pour atteindre les cibles contenues dans le Plan stratégique. Il envisage également l'approche de la gestion fondée sur les résultats (RBM/GFR) et fait état des scénarios sur la mobilisation des ressources pour l'exercice biennal à venir.

2. Les critères suivants ont été utilisés lors de la préparation du projet de programme et budget afin de déterminer le budget total et de le distribuer parmi les Objectifs stratégiques (OS) (l'annexe 5 présente une analyse détaillée) :

- a) Exécution programmatique en 2008–2009 et jusqu'en décembre 2010. En 2008–2009, l'Organisation avait atteint 85% de ses cibles d'indicateurs RER pour cet exercice biennal, utilisant 84% (\$525 millions) du programme et budget 2008–2009 (\$626 millions).
- b) L'alignement du budget sur les priorités programmatiques, telles qu'établies dans le Plan stratégique de l'OPS. Les États Membres avaient demandé cet alignement lors du 50^e Conseil directeur en septembre 2010.
- c) La contribution des OS aux objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et au Programme d'action sanitaire pour les Amériques. Les priorités des stratégies de coopération avec les pays ont également été prises en compte.
- d) Le taux d'exécution budgétaire et la mobilisation des ressources (mesurés par la réduction dans les déficits du financement) par OS.

3. Ce document présente cinq aspects de la justification du Bureau. La première partie traite de la plus value qu'apporte l'Organisation à ses États Membres. La seconde explique la nécessité d'augmenter les contributions, présentant à cet effet trois scénarios et leur impact relatif sur le budget hors PDD.

4. La troisième partie est une vue d'ensemble de l'impact escompté des programmes de coopération technique de l'OPS dans le cas d'une augmentation de 0% des contributions. Ce scénario met en péril plusieurs interventions importantes, présentées dans le contexte des Objectifs stratégiques (OS).

5. La quatrième partie présente la recherche systématique faite par le BSP en vue d'exercer une discipline budgétaire par la réduction du nombre de postes (essentiellement les postes à durée déterminée). L'analyse démontre une productivité accrue par rapport à l'exercice biennal précédent, malgré la réduction continue dans le personnel.

6. La cinquième partie présente les efforts de performance programmatique et budgétaire du BSP en vue d'appliquer le cadre de la gestion fondée sur les résultats (GFR), demandé par les États Membres, pour s'assurer que les cibles approuvées par le Plan stratégique sont atteintes. L'exercice biennal 2012–2013 revêt une importance particulière puisqu'il s'agit de la dernière période de deux ans dans le Plan stratégique de l'OPS 2008–2012, représentant ainsi la dernière opportunité de procéder aux ajustements nécessaires, en fonction des analyses et données probantes, afin de s'assurer que les résultats escomptés à l'échelle de la Région (RER) et leurs cibles sont atteints d'ici 2013.

¹ Sauf stipulation contraire, toutes les valeurs monétaires dans le présent rapport sont exprimées en dollars des États-Unis.

I. LA PLUS-VALUE DE L'OPS POUR SES ÉTATS MEMBRES

7. Depuis sa création en 1902, l'OPS sert de forum pour définir et unifier les activités et atteindre un consensus entre les pays de la Région des Amériques se rapportant aux questions de santé publique.

8. En tant qu'organisation intergouvernementale au premier plan des questions de santé, l'OPS est en mesure de mobiliser efficacement des ressources à partir des contributions fixées et des contributions volontaires de différentes sources. Les contributions recouvrées qui sont fixées pour chaque État Membre sont transférées aux pays pour l'exécution des programmes de coopération technique, tel que stipulé dans la politique de programme et budget régional approuvée par les Organes directeurs de l'OPS. La politique budgétaire alloue proportionnellement des ressources accrues aux pays qui le nécessitent le plus pour améliorer la santé et le bien-être de leur population.

9. La crédibilité dont elle jouit et sa gestion transparente des ressources permettent également à l'Organisation de mobiliser des contributions volontaires auprès de diverses sources pour renforcer sa coopération avec les États Membres. De plus, l'OPS peut faire appel aux expertises du Bureau et des Centres collaborateurs ainsi qu'à d'autres organismes spécialisés pour soutenir les États Membres au niveau de questions relevant d'un intérêt commun.

10. L'Organisation ajoute également de la valeur dans les domaines suivants :

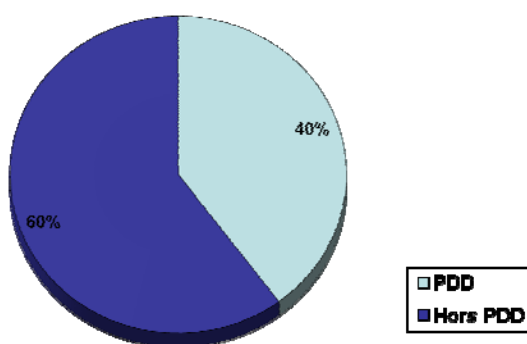
- a) Influence sur le programme mondial d'action sanitaire pour faire connaître son point de vue et ses intérêts et pour partager ses expériences ;
- b) Exportation de l'image de bien-être et de bonne performance des systèmes de santé de la Région pour encourager un climat d'investissement et promouvoir le tourisme ;
- c) Accès opportun et permanent à des vaccins, médicaments et autres fournitures de bonne qualité, aux meilleurs prix possibles, par le biais du Fonds renouvelable pour l'achat de vaccins, du Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques en santé publique et le Mécanisme d'achats remboursables ;
- d) Accès aux bases de données et forums scientifiques du monde entier ;
- e) Participation à des initiatives infrarégionales qui constituent des réussites d'ordre historique dans l'élimination et le contrôle de plusieurs maladies aux niveaux hémisphérique et mondial ;
- f) Soutien à travers une réponse immédiate aux catastrophes, urgences et flambées épidémiques pour renforcer les systèmes de surveillance et les services de santé, pour réduire la vulnérabilité de la population et mitiger les effets des catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme et des épidémies ;
- g) Participation aux systèmes mondiaux de surveillance, de notification et de contrôle des maladies et aux avantages qui en découlent ;
- h) Formulation d'un programme de politiques et de recherche qui traite des questions prioritaires de santé publique dans la Région ; et
- i) L'OPS soutient depuis longtemps le développement des ressources humaines pour la santé dans la Région. L'Organisation apporte une coopération technique directe aux États Membres avec ses propres ressources et permet par ailleurs la mobilisation des ressources humaines nationales des États Membres, des centres collaborateurs spécialisés et d'autres Régions de l'OMS pour combler les lacunes au niveau national tout en renforçant les capacités nationales dans les domaines clés.

II. ÉVALUATION BUDGÉTAIRE ET JUSTIFICATION POUR UNE AUGMENTATION DES CONTRIBUTIONS

11. Le projet du programme et budget est présenté pour atteindre les objectifs du Plan stratégique qui doivent être atteints d'ici 2013. Le budget est établi d'après les coûts attribués aux activités qu'il faudra réaliser pour honorer ces engagements. D'après le scénario D, le programme sera financé à raison de 46% à partir du Budget ordinaire (BO) et 54% à partir d'autres sources (AS), dont la plupart (environ 90%) sont rigides et destinées à des fins bien définies. Ce ratio BO/AS est capital pour maintenir l'équilibre qui est garant des mandats collectifs de l'Organisation tout en respectant les priorités établies par les États Membres. S'il est difficile de prédire le niveau de ressources qui sera mobilisé au vu de la crise économique actuelle, et compte tenu de l'éventualité d'une réduction générale de la composante AMRO des contributions volontaires, le Bureau fera tout son possible pour mobiliser le volume de ressources nécessaires pour exécuter efficacement le Programme 2012-2013. Il importe de souligner que le niveau du BO proposé est fondamental pour maintenir les attributions de gouvernance de l'Organisation, y compris ses attributions de base et facilitatrices, la souplesse requise pour concrétiser les priorités établies et son aptitude à mobiliser les ressources additionnelles nécessaires pour exécuter le Programme avec efficacité.

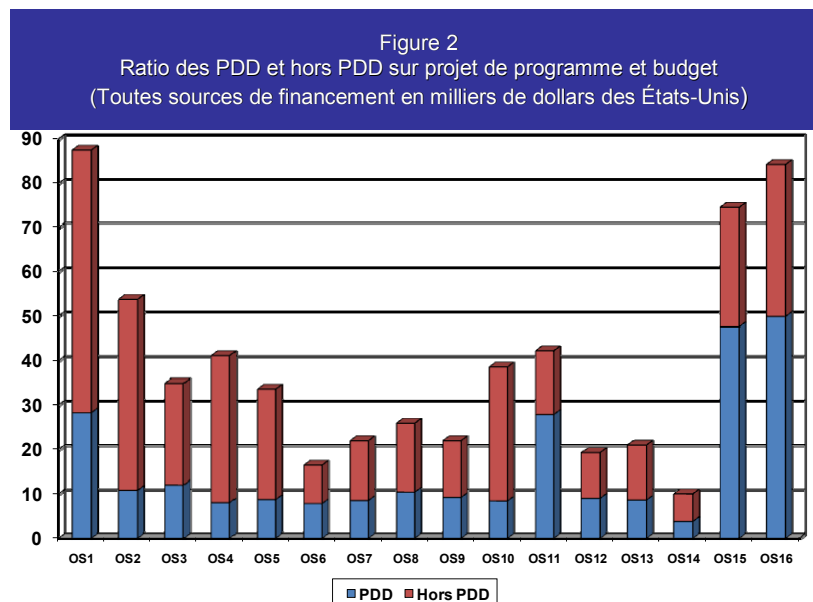
12. La figure 1 révèle que les estimations des coûts totaux correspondant aux postes à durée déterminée (PDD) pour 2012-2013 s'élèvent à 40%, et ceux hors PDD à 60% du Programme tout entier. Sont inclus dans ces valeurs les PDD financés à partir du Budget ordinaire et d'autres sources. Ce ratio indique que le Bureau aura une dotation convenablement équilibrée de fonds d'exploitation, ce qui lui permettra de réaliser ses activités (hors PDD) de coopération technique.

Figure 1
Ratio des PDD et hors PDD sur projet de programme et budget
(Toutes sources de financement)



13. La figure 2 illustre le financement par OS et le ratio budgétaire PDD/hors PDD. Ce ratio par OS varie comme le démontre la figure 2, ce qui prouve que, dépendamment de la nature de l'OS, les objectifs pourraient être atteints avec différents ratios budgétaires PDD/hors PDD. Tous

les OS, exception faite des OS 11, 15 et 16, comprennent une large part de ressources hors PDD, ce qui démontre que l'on disposerait de suffisamment de fonds pour réaliser nos opérations. Il convient de noter que les OS 15 et 16 nécessitent moins de fonds hors PDD car ils couvrent des fonctions facilitatrices qui sous-tendent l'exécution des attributions de base, qui sont couvertes par les OS 1 à 14. En ce qui concerne l'OS 11 (direction et gouvernance des systèmes sanitaires), une part considérable du budget hors PDD est complétée par des fonds couverts par les OS 10, 13 et 14, qui couvrent des secteurs liés aux systèmes et services sanitaires.



Impact financier des postes à durée déterminée sur le budget ordinaire

14. Le budget ordinaire (BO) comprend deux grandes composantes : un budget des postes à durée déterminée (PDD) et un budget hors postes à durée déterminée (hors PDD). Le budget PDD comprend tous les coûts associés aux postes à durée déterminée approuvés pour une période budgétaire donnée. Le budget hors PDD comprend tous les autres coûts non liés aux postes à durée déterminée. Il s'agit du : **a) coût des activités hors PDD** – programmes et activités de fonctionnement, telles que les dépenses pour les déplacements, les réunions, les cours et séminaires, et les dépenses de fonctionnement générales – et **b) coût du personnel hors PDD** – personnel recruté par le biais de mécanismes autres que les postes à durée déterminée.

15. La projection exacte des futurs besoins budgétaires requiert que soit estimé le coût total des postes à durée déterminée (PDD) nécessaires pour mener à bien le programme de travail souhaité. Les majorations dans les coûts des PDD reposent sur les données actuelles et les tendances prévisibles.

16. Le coût des PDD est fonction de plusieurs facteurs :

- a) Augmentations obligatoires suite aux modes normaux de succession (changement dans le niveau du personnel ou avancement annuel et primes pour performance satisfaisante).

- b) Augmentations obligatoires suite aux coûts accrus de l'assurance-maladie du personnel, des versements de retraite, de l'ajustement au coût de la vie, approuvées par la Commission de la fonction publique internationale des Nations Unies (CFPI), et autres coûts sur lesquels le Bureau n'exerce aucun contrôle. Ces augmentations ne tiennent pas compte de majorations salariales puisque les salaires ont stagné en termes réels ces 12 à 15 dernières années.
- c) Augmentation ou diminution inflationniste suite à l'impact du taux de change, après conversion en dollars américains de salaires en monnaies locales, ou par le biais de changements suite à l'ajustement de postes pour les salaires des postes professionnels.
- d) Augmentation ou diminution inflationniste suite au nombre absolu des PDD dans les stations de travail.

17. Une analyse faite des coûts effectifs encourus en 2010 pour les PDD financés avec le budget ordinaire a montré que le budget des PDD est sous-budgétisé de l'ordre de 6,1%. Pendant la période biennale de 2010–2011, \$206 200 000 seront nécessaires. Le tableau 1 compare ci-après le montant budgétisé pour les PDD du budget ordinaire inclus dans le budget approuvé pour 2010–2011 avec la projection actuelle pour 2010–2011 en fonction des coûts effectifs pour 2010.

Tableau 1 : Comparaison entre le budget approuvé des PDD et les coûts effectifs pour 2010-2011

Budget ordinaire PDD 2010–2011	Coûts effectifs PDD 2010–2011*	Changement en %
\$194 300 000	\$206 200 000	6,1%

*Calculés avec les données salariales de décembre 2010 et projetées jusqu'à la fin de la période biennale 2010–2011.

18. Par ailleurs, un accroissement supplémentaire de 2% dans les coûts effectifs des PDD est nécessaire pour les augmentations statutaires escomptées en 2012-2013 pour porter le budget PDD à \$210,3 millions (voir tableau 2).

Tableau 2 : Comparaison des coûts effectifs des PDD pour 2010-2011 versus les coûts estimés pour 2012-2013

Coûts effectifs pour les PDD 2010-2011	Coûts estimés pour les PDD 2012-2013	Changement en %
\$206 200 000	\$210 300 000	2%

19. Ces dernières années, la chute du prix du dollar dans le monde explique en grande partie l'accroissement dans les coûts des PDD libellés en dollars. Ce facteur touche les postes des services généraux et les postes de niveau professionnel où des augmentations compensatoires importantes dans l'ajustement de poste sont exigées par la CFPI pour la plupart des stations de travail dans la Région.

20. Pendant la période biennale de 2010–2011, la Directrice de l'OPS, dans le souci d'une bonne discipline budgétaire, a procédé à une réduction supplémentaire de 18 postes de durée

déterminée (20 ont été supprimés au niveau régionale et 2 nouveaux postes qui ont été créés au niveau sous-régional), représentant une économie de \$4,9 millions. Malgré cet effort, le coût des PDD en termes réels a augmenté à 6,1% (passant à \$206,2 millions) tel que mentionné ci-dessus. Le Bureau est en train de suivre et de gérer attentivement la situation pour vérifier que la mise en œuvre du programme est équilibrée entre les composantes PDD et hors PDD du budget, afin de minimiser tout aspect négatif pouvant se répercuter sur la réalisation des résultats escomptés lors de la période biennale actuelle. (Note : au vu des tendances actuelles du dollar américain, les coûts effectifs pour 2012–2013 seront probablement plus élevés que prévu mais, tel que mentionné auparavant, ces accroissements de coûts supplémentaires en fonction de la spéculation des futurs indicateurs économiques ne sont pas compris dans les chiffres sur les coûts des PDD).

21. La tendance régulière dans la dévaluation du dollar américain, responsable en grande partie des accroissements de coût excessifs lors la dernière période biennale, continue son déclin par rapport à la plupart des devises de l'Amérique latine et des Caraïbes. L'effet cumulé des facteurs inflationnistes et de la dévaluation du dollar américain sur le budget ordinaire hors PDD de l'OPS pour la période biennale actuelle est de l'ordre de \$3,6 millions, montant absorbé par le budget de la période biennale actuelle.

Contributions fixées

22. En déterminant le niveau du budget ordinaire proposé 2012-2013, trois scénarios de financement ont été envisagés : Scénario A - recouvrement complet des coûts (augmentation de 10,5% dans les contributions) ; Scénario B - recouvrement partiel des coûts (augmentation de 6,7% dans les contributions) ; et Scénario C - aucune augmentation dans les contributions. Durant la 148^e session du Comité exécutif, un autre scénario a été demandé, qui comprend un niveau intermédiaire de contributions fixées, situé entre les scénarios B et C, et maintient un taux de croissance nominale zéro dans le budget ordinaire général et réduit davantage les coûts des PDD. Le Bureau présente par conséquent un nouveau scénario D, qui prévoit une augmentation de 4,3% dans les contributions.

23. Les scénarios A et B comportent un budget PDD de \$210,3 millions. Ce chiffre tient compte de la réduction des 18 PDD, représentant une réduction de \$4,9 millions dans la proposition du budget PDD. Dans ces deux scénarios, le financement proposé des recettes diverses est calculé à \$15 millions et la part AMRO demeure constante, soit \$80,7 millions, comme approuvé durant la 64^e AMS.

24. Les scénarios C et D comprennent un budget PDD de \$209,4 millions. Ce chiffre tient compte de la réduction de 21 PDD, représentant une réduction de \$5,8 millions dans la proposition du budget PDD. Dans ces deux scénarios, le financement proposé des recettes diverses est calculé à \$12 millions, sur la base des dernières prévisions financières disponibles, et la part AMRO demeure constante, soit \$80,7 millions, comme approuvé durant la 64^e AMS.

25. **Scénario A.** Ce scénario (recouvrement complet des coûts) envisage une augmentation de 10,5% dans les contributions recouvrées. Tous les coûts inflationnistes et les coûts statutaires obligatoires seraient compensés, représentant un budget général de \$301,7 millions.

**Tableau 3. Scénario A : recouvrement complet des coûts
(en milliers de dollars des États-Unis)**

	2010-2011		2010-2011 ajusté		2012-2013		
	Programme et budget approuvé	Accroissement de coûts	Total	Accroissement %	Accroissement des coûts	Total	Accroissement %
PDD	194 300	11 900	206 200	6,1%	16 000	210 300	8,2%
Hors PDD	92 800	3 600	96 400	3,9%	3 600	96 400	3,9%
Total	287 100	15 500	302 600	5,4%	19 600	306 700	6,8%
Réduction des recettes diverses						(5 000)	
Budget proposé 2012-2013						<u>301 700</u>	

26. Avec ce niveau d'accroissement dans les contributions, le budget hors PDD (coût des activités opérationnelles de l'Organisation, y compris le personnel recruté par le biais d'un mécanisme autre que les PDD) serait diminué de 15,5% en général, par rapport à l'exercice biennal 2010-2011.

**Tableau 4. Projet de budget ordinaire 2012-2013
Scénario A
(en milliers de dollars des États-Unis)**

	2010-2011	Changement	2012-2013	Pourcentage
	\$	\$	\$	%
Financé à partir des :				
Contributions	186 400	19 600	206 000	10,5%
Recettes diverses	20 000	(5 000)	15 000	-25,0%
OMS/AMRO				
(Approuvé par l'AMS)	80 700		80 700	0,0%
Total Budget ordinaire	287 100	14 600	301 700	5,1%
Par principal type de coûts :				
PDD				
Coûts obligatoires (statutaires/inflationnistes)	194 300	16 000	210 300	8,2%
Coût des postes occupés*		12 200	12 200	6,3%
Total PDD	194 300	28 200	222 500	14,5%
Hors PDD (y compris variable pays)	87 800	(13 600)	74 200	-15,5%
Assurance maladie des retraités	5 000	—	5 000	0,0%
Total Budget ordinaire	287 100	14 600	301 700	5,1%
Total Autres sources	355 851	(14 600)	341 251	-4,1%
Total Budget	642 951		642 951	0,0%

* Inclut le mécanisme permettant d'imputer tous les postes financés par l'OPS pour financer en partie le PMIS, comme présenté au 50e Conseil directeur aux termes du document CD50/7 et entériné par la résolution CD50.R10.

27. **Le scénario B** (recouvrement partiel des coûts) envisage une augmentation de 6,7% dans les contributions. Les coûts sont recouverts uniquement pour les PDD financés par l'OPS. Les coûts du budget hors PDD sont absorbés. Ce scénario représente un budget général de \$294,5 millions.

**Tableau 5. Scénario B : recouvrement partiel des coûts
(en milliers de dollars des États-Unis)**

	2010-2011		2010-2011 ajusté		2012-2013		
	Programme et Budget approuvé	Accroissement de coûts	Total	Accroissement %	Accroissement de coûts	Total	Accroissement %
PDD	194 300	8 300	202 600	4,3%	12 400	206 700	6,4%
Hors PDD	92 800	3 600	96 400	3,9%	-	92 800	0,0%
Total	287 100	11 900	299 000	4,1%	12 400	299 500	4,3%
Réduction des recettes diverses						(5 000)	
Budget proposé 2012-2013						<u>294 500</u>	

28. Avec ce niveau d'augmentation dans les contributions recouvrées, le budget hors PDD (coût des activités programmatiques et opérationnelles de l'Organisation, y compris le personnel recruté par le biais d'un mécanisme autre que les PDD) augmenterait de 23,7%, en général, comparé à l'exercice biennal de 2010-2011.

**Tableau 6. Projet de budget ordinaire 2012-2013
Scénario B
(en milliers de dollars des États-Unis)**

	2010-2011	Changement	2012-2013	Pourcentage
	\$	\$	\$	%
Financé à partir des :				
Contributions	186 400	12 400	198 800	6,7%
Recettes diverses OMS/AMRO	20 000	(5 000)	15 000	-25,0%
(Approuvé par l'AMS)	80 700	-	80 700	0,0%
Total Budget ordinaire	287 100	7 400	294 500	2,6%
Par principal type de coûts :				
PDD				
Coûts obligatoires (statutaires/inflationnistes)	194 300	16 000	210 300	8,2%
Coût des postes occupés*	-	12 200	12 200	6,3%
Total PDD	194 300	28 200	222 500	14,5%
Hors PDD (y compris variable pays)	87 800	(20 800)	67 000	-23,7%
Assurance maladie des retraités	5 000	-	5 000	0,0%
Total Budget ordinaire	287 100	7 400	294 500	2,6%
Total Autres sources	355 851	(7 400)	348 451	-2,1%
Total Budget	642 951	-	642 951	0,0%

* Inclut le mécanisme permettant d'imputer tous les postes financés par l'OPS pour financer en partie le PMIS, comme présenté au 50^e Conseil directeur aux termes du document CD50/7 et entériné par la résolution CD50.R10.

29. Le Scénario C n'envisage aucune augmentation dans les contributions. Il ne comprend aucune compensation inflationniste ou pour les coûts statutaires. Il prévoit une réduction de 2,8% par rapport au budget ordinaire général pour la période 2010-2011, qui passe de \$287,1 millions à

\$279,1 millions. Il comprend également un ajustement des recettes diverses que l'on estime à \$12 millions et reflète les dernières prévisions financières. De plus, il élimine 3 autres PDD, ce qui porte la réduction totale à ce titre à 21 PDD, soit une économie additionnelle d'environ \$1 million dans le budget des PDD. Compte tenu de l'augmentation des coûts statutaires et inflationnistes, toute réduction du budget ordinaire générale pose un problème formidable pour l'Organisation en matière de mobilisation des ressources additionnelles nécessaires pour exécuter son Programme, comme le prévoit à l'origine le scénario B. C'est la raison pour laquelle il est proposé d'effectuer une réduction de \$26,2 millions dans le budget Autres sources sur la période biennale 2010-2011, qui passerait ainsi de \$355,9 millions à \$329,7 millions. Ainsi, la proposition budgétaire globale pour la période 2010-2011 est ramenée de \$643 millions à 608,8 millions. Conformément à la méthode de gestion fondée sur les résultats (GFR), cette réduction appelle une réduction correspondante dans le Programme, ce qui signifie qu'environ 19% des objectifs du Plan stratégique ne seront pas atteints d'ici 2013, comme l'illustre la section III.

**Tableau 7. Scénario C : Aucune augmentation dans les contributions
(en milliers de dollars des États-Unis)**

	2010-2011		Ajusté 2010-2011		2012-2013		
	Programme et budget approuvé	Accroissement des coûts	Total	Accroissement %	Accroissement des coûts	Total	Accroissement %
PDD	194 300	12 400	206 700	6,4%	-	194 300	0,0%
Hors PDD	92 800	3 600	96 400	3,9%	-	92 800	0,0%
Total	287 100	16 000	303 100	5,6%	-	287 100	0,0%

Réduction des recettes diverses (8 000)

Budget proposé 2012-2013 279 100

30. Dans le cas où il n'y aurait aucune augmentation dans les contributions, le budget hors PDD (coût des activités opérationnelles de l'Organisation, y compris le personnel recruté par le biais d'un mécanisme autre que les PDD) diminuerait de 40,2% en général, par rapport à l'exercice biennal 2010-2011.

Tableau 8. Projet de budget ordinaire 2012-2013
Scénario C
(en milliers de dollars des États-Unis)

	2010-2011	Changement	2012-2013	Pourcentage
	\$	\$	\$	%
Financé à partir des :				
Contributions	186 400	-	186 400	0,0%
Recettes diverses OMS/AMRO	20 000	(8 000)	12 000	-40,0%
(Approuvé par l'AMS)	80 700	-	80 700	0,0%
Total Budget ordinaire	287 100	(8 000)	279 100	-2,8%
Par principal type de coûts :				
PDD				
Coûts obligatoires (statutaires/inflationnistes)	194 300	15 100	209 400	7,8%
Coût des postes occupés*	-	12 200	12 200	6,3%
Total PDD	194 300	27 300	221 600	14,1%
Hors PDD (y compris variable pays)	87 800	(35 300)	52 500	-40,2%
Assurance maladie des retraités	5 000	-	5 000	0,0%
Total Autres sources	355 851	(26 166)	329 685	-7,4%
Par principal type de coûts :				
PDD	36 700	2 863	39 563	7,8%
Hors PDD	319 151	(29 029)	290 122	-9,1%
Total Budget	642 951	(34 166)	608 785	-5,3%

* Inclut le mécanisme permettant d'imputer tous les postes financés par l'OPS pour financer en partie le PMIS, comme présenté au 50^e Conseil directeur aux termes du document CD50/7 et entériné par la résolution CD50.R10.

31. Le Scénario D envisage une croissance nominale zéro par rapport au budget ordinaire général pour la période 2010-2011 qui est fixé à \$287 millions, dont une augmentation de 4,3% des contributions. Il comprend également un ajustement des recettes diverses que l'on estime à \$12 millions et reflète les dernières prévisions financières. De plus, il élimine 3 autres PDD, ce qui porte la réduction totale à ce titre à 21 PDD, soit une économie additionnelle d'environ \$1 million dans le budget des PDD. Compte tenu de l'augmentation des coûts statutaires et inflationnistes, une augmentation nulle du budget ordinaire pose un problème formidable pour l'Organisation en matière de mobilisation des ressources additionnelles nécessaires pour exécuter son Programme, comme le prévoit à l'origine le scénario B. C'est la raison pour laquelle il est proposé d'effectuer une réduction de \$16,2 millions dans le budget Autres sources sur la période biennale 2010-2011, qui passerait ainsi de \$355,9 millions à \$339,6 millions. Ainsi, la proposition budgétaire globale pour la période 2010-2011 est ramenée de \$643 millions à \$626,7 millions. Conformément à la méthode de gestion fondée sur les résultats (GFR), cette réduction appelle une réduction correspondante dans le Programme, ce qui signifie qu'environ 9% des objectifs du Plan stratégique ne seront pas atteints d'ici 2013. Une analyse supplémentaire sera réalisée pour déterminer, dans ce scénario, les objectifs des indicateurs RER décrits à la section III qui ne seront pas atteints.

32. Avec une telle augmentation dans les contributions, le budget hors PDD (coût des activités opérationnelles, y compris le personnel recruté par d'autres mécanismes que les PDD) accuserait une diminution de 31,1% globalement, en comparaison avec la période biennale 2010-2011.

Tableau 9. Projet de budget ordinaire 2012-2013
Scénario D : Croissance nominale zéro du budget ordinaire
(en milliers de dollars des États-Unis)

	2010-2011	Changement	2012-2013	Pourcentage
	\$	\$	\$	%
Financé à partir des :				
Contributions	186 400	8 000	194 400	4,3%
Recettes diverses OMS/AMRO	20 000	(8 000)	12 000	-40,0%
(Approuvé par l'AMS)	80 700	—	80 700	0,0%
Total Budget ordinaire	287 100	—	287 100	0,0%
Par principal type de coûts :				
PDD				
Coûts obligatoires (statutaires/inflationnistes)	194 300	15 100	209 400	7,8%
Coût des postes occupés*	—	12 200	12 200	6,3%
Total PDD	194 300	27 300	221 600	14,1%
Hors PDD (y compris variable pays)	87 800	(27 300)	60 500	-31,1%
Assurance maladie des retraités	5 000	—	5 000	0,0%
Total Autres sources	355 851	(16 226)	339 625	-4,5%
Par principal type de coûts :				
PDD	36 700	2 863	39 563	7,8%
Hors PDD	319 151	(19 089)	300 062	-6,0%
Total Budget	642 951	(16 226)	626 725	-2,5%

* Inclut le mécanisme permettant d'imputer tous les postes financés par l'OPS pour financer en partie le PMIS, comme présenté au 50^e Conseil directeur aux termes du document CD50/7 et entériné par la résolution CD50.R10.

Illustration de l'effet net des contributions proposées et des crédits du budget ordinaire alloués par pays

33. Cette section montre l'impact par pays des contributions proposées, comparé aux affectations du budget ordinaire aux pays, suite à l'augmentation générale du budget ordinaire. La distribution des affectations par pourcentage des plafonds du budget ordinaire pour 2012-2013 serait essentiellement la même que pour 2010-2011.

34. Les annexes 1 à 4 présentent trois tableaux indiquant cette comparaison du point de vue des trois différents scénarios : l'annexe 1 montre le scénario A avec une augmentation de 10,5% dans les contributions, l'annexe 2 montre le scénario B, avec une augmentation de 6,7% dans les contributions, l'annexe 3 montre le scénario C, avec aucune augmentation dans les contributions proposées et l'annexe 4 montre le scénario D, avec une augmentation de 4,3% dans les contributions proposées.

III. IMPACT NÉGATIF PRÉVU SUR LE PROGRAMME DE COOPÉRATION TECHNIQUE DE L'OPS DANS LE SCÉNARIO C

35. La section ci-après présente une analyse de l'impact programmatique négatif qui est prévu par Objectif stratégique (OS) dans le scénario du pire cas (augmentation de 0% dans les contributions). L'analyse présente une liste des cibles d'indicateurs pour les résultats escomptés à l'échelle de la Région (RER) qui seraient les plus touchés (voir tableau 9). Selon cette analyse, environ 19% (48 sur 256) des cibles d'indicateurs des RER seraient affectées. Les OS 15 et 16 seront particulièrement touchés car les fonctions facilitatrices couvertes dans ces OS sont financées essentiellement par le Budget ordinaire. Dans le programme de coopération technique, ce sont les OS 1, 2, 4 et 11 dont les cibles d'indicateurs RER seront le plus affectés.

36. Les hypothèses et les aspects suivants ont été pris en compte lors de la préparation de cette analyse :

- a) Il n'y aura aucune réduction supplémentaire dans les postes à durée déterminée, à part les 18 postes déjà reflétés dans le projet de BP de 2012–2013. C'est d'importance critique pour tenir les engagements et répondre aux priorités fixées dans le Plan stratégique de l'OPS 2008–2012. Il pourrait être difficile de maintenir les postes à durée déterminée existants, au vu de l'accroissement des coûts de la coopération technique et de la nécessité d'avoir des affectations plus souples du budget ordinaire pour répondre aux besoins des États Membres.
- b) Le résultat de la mobilisation des ressources de l'OPS restera relativement le même que celui de 2010–2011, sauf pour les sujets/RER identifiés pour chaque OS ci-après.
- c) Le financement OMS des autres sources restera au même niveau que lors de l'exercice biennal précédent. Par ailleurs, au vu de la situation financière de l'OMS, les ressources consacrées à AMRO pourraient être réduites. Ces crédits étant alloués pendant la période biennale, le niveau de financement ne pourra être évalué que pendant l'exécution du BP 2012–2013.
- d) Le niveau régional sera le plus affecté dans le cadre du scénario C mais les réductions budgétaires aux niveaux national et infrarégional se répercuteront également sur la réalisation des indicateurs RER, surtout les indicateurs du type « nombre de pays. »
- e) D'autres facteurs externes, comme la dévaluation continue du dollar US, ne s'aggraveront pas outre les tendances actuelles.

37. Il convient de noter que si les niveaux de l'Organisation seront affectés par une réduction budgétaire, dans le cadre du scénario C, le niveau régional par contre ne disposera plus de ressources suffisantes pour maintenir les opérations de base. L'impact sur les OS variera, suivant leur niveau de dépendance du budget ordinaire ou des fonds provenant des autres sources. Pour les OS qui dépendent grandement des crédits du budget ordinaire, la viabilité de plusieurs initiatives de coopération technique sera mise en péril. La situation deviendra encore plus grave si les fonds des autres sources devaient également diminuer. Aux fins de cette analyse, on suppose que les fonds des autres sources resteront relativement stables, tel qu'indiqué ci-dessus.

38. Dans le cas où les fonds seront insuffisants pour couvrir les engagements présentés dans le programme et budget 2012–2013, les priorités devront être revues pour déterminer les activités qu'il faudra arrêter et pour réaffecter les fonds en voie de conséquence. Un tel exercice devra tenir compte des progrès faits par les pays, de leur capacité interne et du soutien apporté par d'autres partenaires.

Objectif stratégique 1 : Réduire le fardeau sanitaire, social et économique des maladies contagieuses

39. Cet OS a été financé essentiellement avec des fonds d'autres sources (plus de 60%). Par ailleurs, les crédits du budget ordinaire sont de première importance pour l'exécution des fonctions facilitatrices. Le niveau d'octroi réservé ou de complémentarité des crédits de fonctionnement (hors PDD) varie en fonction du thème et du programme.

40. Les crédits du budget ordinaire sont utilisés pour maintenir les indicateurs (par le biais du suivi et de la participation aux activités régionales) et pour combler les lacunes dans la coopération technique qui ne sont pas couvertes par les contributions volontaires. Aussi une réduction dans ces fonds signifierait-elle une réduction dans les activités de coopération technique dans les pays non prioritaires. Vu que la majorité des contributions volontaires sont réservées à des fins désignées et qu'il existe dans certains cas des restrictions pesant sur l'utilisation de ces fonds dans certains pays, c'est la souplesse dans l'utilisation des crédits du budget de fonctionnement qui aide à parer à cette situation.

41. Il convient également de souligner que l'Organisation a été en mesure de fournir une coopération technique immédiate dans des cas d'urgence, par exemple en cas d'épidémie grâce à l'utilisation du budget de fonctionnement ordinaire.

42. Aux termes du scénario C en particulier, les activités de coopération technique dans les domaines suivantes seront mises en péril :

- a) Systèmes et interventions de surveillance pour combattre la résistance antimicrobienne, notamment les infections dans les établissements de santé et la notification de données sur le suivi de la vaccination ;
- b) La recherche opérationnelle fondée sur des priorités de recherche liées aux maladies transmissibles ;
- c) La vérification par le BSP d'événements de santé publique soulevant des préoccupations internationales dans le cadre recommandé du Règlement sanitaire international ; et
- d) La réponse du BSP aux demandes d'aide faites par les États Membres en cas d'urgence ou d'épidémie, conformément au Règlement sanitaire international.

Objectif stratégique 2 : Lutter contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme

43. Cet OS a obtenu un financement important d'autres sources (pratiquement 75%). Par ailleurs, les fonds provenant d'autres sources accordés à cet objectif sont en diminution ces dernières années. Cela signifie que toute coupe dans le budget ordinaire entravera les efforts de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.

44. Cet OS relève d'une haute priorité puisqu'il est lié à la réalisation de l'objectif 6 du Millénaire pour le développement (OMD). Le recul de la prévalence de la tuberculose, du VIH et du paludisme relève d'un défi de taille. La réduction des ressources financières et humaines freinera la coopération technique permettant de mettre en place une réponse durable, de renforcer le secteur de la santé et de garantir la disponibilité et l'utilisation indiquée de médicaments de haute qualité et le diagnostic précis de ces maladies. Dans le cadre du Scénario C en particulier, les domaines suivants seront touchés négativement :

- a) La coopération technique avec les pays dans le cadre des activités de prévention et de traitement diminuera. On cherchera essentiellement à maintenir les gains acquis. Il faut noter que les recommandations sur le traitement du VIH ont changé en 2010, et comprennent à présent de nouveaux critères pour démarrer le traitement avec une numération plus élevée de lymphocytes CD4 (350, en net accroissement par rapport au niveau précédent de 200). Ce changement rend encore plus difficile l'obtention de la cible de 80% dans la couverture du traitement antirétroviral.
- b) La réduction des ressources humaines et financières amenuisera le soutien accordé aux pays pour qu'ils formulent des politiques et des plans de prévention, de soins et de traitement du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme.
- c) Le soutien aux pays pour assurer l'accès à des médicaments de qualité sera ébranlé. Et par ailleurs, les répercussions seront graves pour le contrôle de qualité des dons de sang. Les fonds ne suffiront plus pour maintenir le programme régional de contrôle externe et il faudra y mettre fin. Les pays manqueront donc d'un volet externe d'évaluation de la performance compromettant ainsi l'observation de l'assurance de qualité exigée pour le dépistage du sang.
- d) En référence avec la surveillance épidémiologique, une réduction dans le budget signifierait dans certains cas une inversion des progrès faits jusqu'en 2011.
- e) Une réduction dans les ressources signifierait une marche en arrière par rapport aux accomplissements des exercices biennaux précédents concernant les mécanismes de coordination opérationnelle pour les trois maladies au niveau des pays.
- f) Les ressources manqueront pour développer et promouvoir de nouveaux outils, connaissances et interventions pour relever les défis qui accompagnent la lutte contre ces trois maladies.

Objectif stratégique 3 : Prévenir et réduire les maladies, les handicaps et les décès précoces dus à des pathologies chroniques non transmissibles, à des troubles mentaux, à la violence et à des traumatismes

45. Le financement de cet OS dépend en grande partie du budget ordinaire (pratiquement 60%). Qui plus est, la majeure partie des contributions volontaires est liée directement aux priorités des donateurs et, dans certains cas, il existe des restrictions sur l'emploi de ces fonds dans certains pays. Les crédits alloués par le budget ordinaire sont plus flexibles et permettent de combler ce déficit.

46. Dans le cadre du scénario C en particulier, la coopération technique dans les domaines suivants sera mise en péril :

- a) Application des mécanismes de développement institutionnel, dont les ressources humaines et financières, une formation adéquate et des partenariats intersectoriels pour s'attaquer aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux et comportementaux, à la violence, aux traumatismes résultant des accidents de la route et aux invalidités.
- b) Formulation de politiques, de stratégies et de réglementations sur les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence et les invalidités.

- c) Systèmes d'information avec des indicateurs pour les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence et les invalidités. La réalisation d'études sur le coût-efficacité de ces interventions sera également touchée.
- d) La formulation et l'exécution de programmes multisectoriels sur la promotion de la santé mentale, les maladies chroniques non transmissibles et les infirmités.
- e) L'intégration de programmes de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles dans les services de santé entrant dans les soins de santé primaires.

Objectif stratégique 4 : Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé lors des principales étapes de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence) et améliorer la santé sexuelle et génésique et promouvoir le vieillissement actif et sain de tous les individus

47. Environ 50% du financement de cet OS provient du budget ordinaire. La lenteur des progrès en vue d'atteindre l'OMD 4 (réduction de la mortalité infantile) et l'OMD 5 (réduction de la mortalité maternelle) et l'irrégularité des progrès entre les pays et au sein des pays soulèvent des préoccupations. Les répercussions de la réduction budgétaire sur ces OMD seront très marquées, surtout parmi les populations les plus pauvres, les plus vulnérables et marginalisées et parmi les groupes autochtones. Une réduction dans les ressources financières et humaines freinera la coopération technique qui cherche à renforcer la réponse des systèmes de santé afin qu'ils puissent répondre à ces OMD. Dans le cadre du scénario C en particulier, la coopération technique est mise en péril dans les domaines suivants :

- a) Formulation de politiques, de plans et de plaidoyer et activités pour forger des partenariats stratégiques. Dans certains cas, les travaux de formulation de normes et standards s'en trouveront également limités.
- b) Les stratégies et plans régionaux pour la santé néonatale, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance, la santé de l'adolescent, la prévention de la malnutrition chronique et le vieillissement sain ne pourront être mis en œuvre que dans quelques rares pays.
- c) Les ressources suffiront tout juste à appuyer la moitié des pays de la Région dans leurs efforts pour atteindre l'OMD 4 (réduction de la mortalité infantile) d'ici 2015.
- d) La coopération technique avec les pays sur le plan de la santé infantile et néonatale serait mise en péril précisément au moment si critique où l'on peut accélérer le recul de la mortalité infantile, de la mortalité néonatale et de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, conformément à l'engagement pris pour atteindre l'OMD 4 d'ici 2015. Les programmes de périnatalogie seront gravement touchés au point peut-être de voir se défaire leurs accomplissements réalisés jusqu'à présent.
- e) La mise en œuvre des plans nationaux de santé néonatale, qui ont permis une réduction de 60% dans la mortalité infantile, sera grandement freinée et les activités cliniques et communautaires (dans les soins primaires) de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME), y compris les activités avec les universités, en subiront les graves conséquences. On pense également que c'est un frein de taille pour la coopération technique visant l'application des nouvelles normes de croissance de l'enfant de l'OMS.
- f) Le soutien sera bien plus limité pour les plans qui encouragent l'accès universel à la santé reproductive parmi la jeune population, ainsi que pour les plans de prévention de la grossesse, qui sont d'importance essentielle pour atteindre l'OMD 5.

- g) Les programmes du vieillissement en bonne santé, démarrés récemment dans la majorité des pays, seront affectés et les cibles fixées pour 2013 ne pourront plus être atteintes.

Objectif stratégique 5 : Réduire les conséquences sur la santé des urgences, des catastrophes, des crises et des conflits et réduire au minimum leur impact social et économique

48. Cet OS dépend énormément des contributions volontaires et reçoit un très petit pourcentage de crédits du budget ordinaire (10%-20%). L'octroi de crédits budgétaires centraux est indispensable pour couvrir les dépenses de gestion, maintenir la mobilisation des ressources pour les préparatifs et la réponse en cas d'urgence ainsi que pour les dépenses de fonctionnement qui ne sont pas autorisées dans les accords des contributions volontaires. Toute réduction dans cette petite allocation serait lourde de conséquences pour la mobilisation d'autres ressources pour cet OS, entravant à son tour la réalisation des indicateurs RER puisqu'ils fonctionnent essentiellement par le biais de contributions volontaires.

49. En bref, les faibles crédits budgétaires alloués sont nécessaires pour que l'OS 5 reste opérationnel, aussi bien pour les préparatifs en cas de catastrophe que pour les opérations de riposte.

Objectif stratégique 6 : Promouvoir la santé et le développement et prévenir ou réduire les facteurs de risque tels que l'usage du tabac, de l'alcool, des drogues et autres substances psycho-actives, les régimes alimentaires malsains, l'inactivité physique et les rapports sexuels non protégés, qui affectent les conditions de la santé

50. La composition du budget approuvé 2010-2011 pour l'OS 6 est de 48% du budget ordinaire et 52% d'autres sources. Vu le grand nombre d'activités de coopération technique financées par les crédits du budget ordinaire hors salaires, l'impact négatif sur cet OS se fera lourdement ressentir dans les domaines suivants :

- a) Une diminution des crédits affectera le renforcement des capacités et limitera la conception et le soutien accordé à la mise en œuvre des politiques, stratégies, plans et programmes de promotion de la santé, aux niveaux national et local. Un nombre moindre de pays pourront mettre en place des réseaux d'écoles saines.
- b) Une diminution dans le nombre de pays qui renforcent leurs systèmes nationaux de surveillance des principaux facteurs risques, dont l'enquête mondiale sur la santé scolaire.
- c) Pour continuer à combattre l'épidémie de tabagisme, les pays doivent adopter et mettre en œuvre une législation nationale conformément aux directives de la Convention-Cadre de l'OMS sur la lutte antitabac (FCTC). L'objectif 2013 concernant l'application de la loi antitabac a déjà été atteint mais une réduction budgétaire rendra difficile l'apport d'un soutien supplémentaire aux pays qui vont de l'avant dans l'application des conditions de la Convention-cadre. La réduction budgétaire limitera l'aide donnée aux pays pour qu'ils interdisent la publicité sur les produits du tabac et pour qu'ils adoptent des lois sur le conditionnement des paquets de cigarettes. Ce soutien est très important car l'industrie du tabac a redoublé d'efforts pour interférer avec ce processus. Une réduction dans la coopération technique en ce domaine fera qu'il est moins possible aux pays de confronter cette industrie puissante. Il leur deviendra également plus difficile de se conformer aux directives de la résolution CD50.R6 adoptée en septembre 2010. La surveillance du tabac continuera car son financement provient d'autres sources.

- d) La réduction dans les fonds se traduira par des difficultés à formuler des documents régionaux et à apporter une coopération technique efficace sur l'utilisation de l'alcool, des drogues et autres substances psycho-actives.
- e) Les États Membres recevront une coopération technique moins directe, ce qui réduira le nombre de politiques nationales mise en œuvre pour promouvoir un régime alimentaire sain et l'activité physique ainsi que le nombre de pays avec des environnements conviviaux pour les piétons et les cyclistes ainsi que les programmes de promotion de l'activité physique dans les grandes villes.
- f) L'OPS ne sera pas en mesure de répondre aux demandes des pays pour soutenir les programmes sur les soins de santé sexuelle. C'est pourtant d'importance capitale sachant que c'est l'un des piliers de la réduction de la morbidité et de la mortalité associées à l'activité sexuelle non protégée.

Objectif stratégique 7 : Aborder les déterminants sociaux et économiques sous-jacents de la santé à l'aide de politiques et de programmes qui renforcent l'équité en santé et qui intègrent des approches pro-pauvres, répondant aux différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme

51. La composition du budget approuvé sur 2010-2011 pour l'OS 7 est de 38,5% du budget ordinaire et 61,5% d'autres sources. L'impact prévu sur les différents domaines du scénario C pour cet OS est indiqué ci-après. Il convient de noter toutefois qu'en cas de diminutions notables dans les contributions volontaires, la réalisation des indicateurs RER dans le cadre de cet OS pourrait être affectée davantage.

52. Toute réduction dans le financement limitera la capacité de l'OPS à soutenir la mise en œuvre des plans d'action définis par les pays et limitera également le suivi des recommandations de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé et sur les recommandations qui pourront provenir de la Conférence de Rio qui se tiendra en octobre 2011. Les pays se mobilisent également autour des déterminants sociaux de la santé et souhaitent vivement partager leurs expériences dans le cadre du recueil des meilleures pratiques dans la Région. Une réduction du financement limitera la possibilité pour les pays de partager cette information entre eux pour déterminer la manière de traiter des déterminants de la santé et de l'inégalité.

53. Concernant le soutien aux interventions intersectorielles dans les communautés les plus vulnérables pour atteindre les OMD, la réduction dans le financement limitera le soutien apporté aux pays pour réaliser des interventions et initiative comme celle sur les « Visages, voix et lieux. »

54. La production de rapports aidant les décideurs à comprendre l'influence des facteurs sociaux et économiques sur la situation sanitaire d'un pays, dans une optique intra et intersectorielle, revêt un caractère essentiel pour concevoir des stratégies efficaces et efficaces par rapport aux coûts. Tout avancement en ce domaine sera grandement entravé par la diminution des activités planifiées pour renforcer au sein des pays les capacités de mesure, de suivi et d'analyse des inégalités en santé et leurs déterminants.

55. Dans l'ensemble, une réduction dans les crédits du budget ordinaire entravera la capacité du Bureau à maintenir et élargir les activités sur l'équité entre les genres et les droits de l'homme aux niveaux national et régional. Bien qu'il est prévu que les pays continueront à adopter des plans pour faire progresser l'équité entre les genres au niveau de la santé, il y aura néanmoins une réduction du nombre d'outils et de documents de directives mis au point ou mis à jour par le BSP visant à inclure l'égalité entre les genres dans l'analyse de la santé, les programmes, le suivi et la recherche. De plus, les coupes budgétaires entraîneront une réduction dans le nombre d'entités du

BSP qui incluent l'optique du genre dans leurs analyses situationnelles, leurs plans ou mécanismes de suivi.

Objectif stratégique 8 : Promouvoir un environnement plus sain, intensifier la prévention primaire et influencer les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à traiter les causes fondamentales des menaces environnementales pour la santé.

56. La composition du budget approuvé 2010–2011 pour l'OS 8 est constituée à 54% par les crédits du budget ordinaire et à 46% par des fonds d'autres sources. L'impact suivant est prévu sur les différents domaines couverts par cet OS :

- a) Diminution du nombre d'évaluations du fardeau de morbidité environnementale au même titre qu'une réduction du nombre de pays appliquant les directives de l'OMS sur la santé professionnelle et l'eau potable. Le soutien accordé aux pays exécutant les plans de salubrité de l'eau sera réduit, ce qui ralentira les progrès faits pour étendre la couverture et élargir l'accès à l'eau saine et à l'assainissement.
- b) La réduction dans le budget ordinaire se répercutera directement sur la coopération technique fournie aux pays touchant aux politiques et programmes de santé des travailleurs (surveillance, formation, application des mesures de prévention). Une telle réduction pourrait également affecter les programmes ciblant les agents dans les domaines à haut risque, tels que le secteur des soins de santé, le secteur minier et l'agriculture ainsi que le secteur informel.
- c) Le BSP devra diminuer le nombre de forums de haut niveau sur la santé et l'environnement que le Bureau soutient pour les décideurs et parties concernées au niveau régional.
- d) Les études sur l'impact du changement climatique sur la santé continueront à être publiées ; néanmoins, le BSP ne pourra pas soutenir la mise en œuvre de ces plans dans tous les pays cibles pour aider le secteur de la santé à répondre aux effets sanitaires du changement climatique.

Objectif stratégique 9 : Améliorer la nutrition, la sécurité et la sûreté des aliments pendant le cycle de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable

57. Cet objectif stratégique est financé en grande partie par les crédits du budget ordinaire (pratiquement 60% de son budget), et il serait donc très affecté par une réduction du financement. Les domaines qui seraient le plus touchés sont présentés ci-après :

- a) Les coupes budgétaires se répercuteront sur la mise en œuvre de la Stratégie et du Plan d'action régionaux de la nutrition dans la santé et le développement 2006-2015, la Stratégie et le Plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique et les activités promues par l'Alliance panaméricaine sur la nutrition et le développement. Les activités prévues pour la formulation des politiques intersectorielles et le renforcement des capacités du secteur de la santé à proposer des actions pour traiter les déterminants sociaux de la santé, ainsi que pour suivre et évaluer l'impact des interventions, seront également affectées négativement.
- b) Les réductions dans le budget ordinaire freineront la mise en œuvre du Plan régional sur l'innocuité alimentaire et la sécurité alimentaire. Les informations sur les thèmes suivants ne pourront plus être générées au même niveau : i) caractérisation des contaminants chimiques et biologiques dans les aliments et maladies transmises par les aliments et l'eau

et ii) détermination de leur fardeau et impact direct sur la santé et de leur impact indirect sur le commerce, le tourisme et l'économie dans son entier. Il ne sera plus possible de continuer l'expansion de la plateforme Webinar/Videocast pour l'éducation à distance des laboratoires membres des réseaux de surveillance mondiaux et régionaux et des programmes de prévention et de contrôle des maladies transmises par les aliments. L'utilisation de cette plateforme efficace et rentable sera également plus limitée pour d'autres activités de formation portant sur l'évaluation du risque, la gestion du risque et la communication du risque lors de rencontres portant sur la contamination des aliments et les zoonoses émergentes ou ré-émergentes ainsi que leur relation avec le Règlement sanitaire international (RSI), 2005.

- c) Il sera bien plus difficile de continuer le même développement de programmes de prévention et de contrôle reposant sur des données probantes. Le transfert d'expériences réussies de soins de santé primaires sera ralenti, qui porte sur l'innocuité alimentaire, par exemple l'adoption des cinq clés de l'OMS pour des aliments plus sûrs dans les écoles, les cuisines communautaires et la stratégie des marchés sains.
- d) Le rythme de coopération se ralentira dans les activités visant à harmoniser la législation dans le cadre du Code alimentaire et la formation portant sur les systèmes d'inspection moderne, ce qui aura des conséquences négatives sur la sûreté des aliments au niveau régional et sur le commerce alimentaire sur les marchés sous-régionaux et mondiaux. Cela se traduirait par la perte, lors de l'exercice biennal de 2012-2013, de certains des progrès obtenus en 2010-2011.

Objectif stratégique 10 : Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé

58. La composition du budget 2010–2011 pour l'OS 10 est de 30% du budget ordinaire et de 70% à partir d'autres sources. L'impact suivant est anticipé dans le cadre du scénario C :

- a) Une capacité amoindrie au niveau régional de guider le renouveau des soins de santé primaires (SSP) et les réseaux intégrés de services de santé. Les pays continueront toutefois d'avancer dans la voie vers les systèmes fondés sur les SSP et les réseaux intégrés car des progrès suffisants ont été faits pour disposer de l'impulsion nécessaire pour aller de l'avant et il existe un solide et vaste engagement politique envers les SSP et l'intégration sur l'ensemble de la Région.
- b) En ce qui concerne le renforcement des fonctions essentielles de santé publique (FESP), la mise au point et l'application de la méthodologie et de l'instrument des évaluations de performance ont grandement bénéficié de la collaboration multidisciplinaire, multipays et multilatérale possible dans le cadre de la coordination régionale des activités FESP. Jusqu'à présent, ces activités ont été financées presque entièrement par des contributions volontaires mais ce financement à l'appui des évaluations et du renforcement des FESP sera nettement réduit dès octobre 2011. Dans ce contexte, et dans le cadre du scénario C, le soutien régional cessera probablement pour les activités liées aux FESP. Les pays continueront probablement à réaliser des évaluations des FESP et à renforcer les capacités à l'aide de leurs propres ressources car la capacité est déjà mise en place au niveau national et les pays ont pris possession des concepts et des méthodes des FESP. Cependant, la coordination régionale et le partage des expériences et des enseignements retirés ne sera plus possible.
- c) La coopération technique apportée par le BSP aux États Membres pour appliquer la méthodologie de gestion productive des services de santé et ses outils connexes sera

réduite et les activités régionales devront s'arrêter. Il s'agit d'une initiative régionale et les pays ne seront pas en mesure de progresser en ce domaine une fois privés du leadership et du soutien régional.

- d) En ce qui concerne la coopération technique visant à renforcer les programmes pour l'amélioration de la qualité des soins et la sûreté du patient, les coupes budgétaires seront accompagnées de diminutions dans la capacité de soutenir les processus soutenant ce thème.

Objectif stratégique 11 : Renforcer le leadership, la gouvernance et les données probantes des systèmes de santé

59. La composition du budget 2010–2011 pour l'OS 11 est de 38% du budget ordinaire et de 62% des autres sources. L'impact suivant est prévu dans le cadre du scénario C :

- a) En ce qui concerne le soutien de l'OPS à l'analyse des politiques et réglementations, la capacité de fournir une coopération technique sera grandement limitée au niveau régional, à moins qu'on ne puisse mobiliser un financement supplémentaire d'autres sources. Certes, même si la formulation des politiques et des lois entre en dernière analyse dans la responsabilité des pays, l'OPS n'en apporte pas moins un soutien important en ce domaine. Une réduction importante des crédits du budget ordinaire amenuisera la qualité des plans, des politiques et des cadres réglementaires. Les réductions budgétaires sont particulièrement préoccupantes à ce stade, car le thème des plans et stratégies de santé à échelle nationale progresse dans le monde, avec un solide soutien de l'OMS.
- b) En ce qui concerne les données sanitaires de base au niveau régional et les profils des pays, un soutien limité sera accordé à la constitution de bases de données nationales et infranationales dans les pays ainsi qu'à l'élaboration et à la mise à jour des analyses de la situation sanitaire des pays et le suivi des OMD liés à la santé. La coopération technique pour le renforcement des statistiques sanitaires nationales subira de fortes répercussions, ce qui aura un impact sur les résultats du Plan d'action régional pour le renforcement des statistiques vitales et sanitaires. De plus, le rôle de l'OPS en tant que secrétariat du Réseau de l'Amérique latine et des Caraïbes pour les systèmes d'informations sanitaires pourrait être diminué et l'Organisation se trouverait dans une position affaiblie dans le contexte de la collaboration interorganisations.
- c) La capacité à mettre en œuvre la politique de l'OPS sur la recherche en santé et la stratégie de l'OMS sur la recherche en santé sera amoindrie. Une réduction budgétaire signifierait la perte du soutien régional pour la coordination, la création de réseaux, le suivi et l'évaluation. Une telle réduction freinera également la bonne marche des partenariats et l'application des accords et limitera les initiatives qui soutiennent les programmes de recherche répondant aux besoins des pays, les fonctions essentielles de santé publique qui dépendent de la recherche, l'identification et le ciblage des lacunes dans les connaissances, la recherche sur les ressources humaines pour la santé et sur les meilleures pratiques de recherche et de transfert des connaissances. Le Comité consultatif de l'OPS pour la recherche en santé ne recevra plus le même niveau de soutien.
- d) Il ne sera plus possible de maintenir la Plateforme régionale sur l'information sanitaire et l'Observatoire de santé régional. Cette situation aura des conséquences pour l'accessibilité et la disponibilité des données sanitaires régionales servant à l'analyse et à la prise de décisions.
- e) Le rôle de l'OPS, celui de médiateur de l'information et des connaissances en santé, reposant sur des données probantes, sera amoindri. Les contrôles de qualité des

publications ne pourront plus être de même niveau, et cela se répercutera sur la production scientifique de l'Organisation, notamment sur la production du *Pan American Journal of Public Health*. L'OPS risque de ne plus pouvoir maintenir la collaboration virtuelle, ce qui affectera la prestation de la coopération technique et augmentera les coûts organisationnels liés aux déplacements pour les missions et réunions face à face. D'autres fonctions seront touchées dont l'enregistrement, la classification et la préservation de la mémoire institutionnelle, tant sous forme de document que d'audiovisuel (l'OPS compte une des collections audiovisuelles les plus complètes sur l'histoire de la santé publique). Et, en dernier lieu, l'image institutionnelle de l'OPS pourrait être affaiblie à cause du manque de ressources pour la communication, reconnue par tous comme une priorité dans les situations d'urgence ou les catastrophes.

Objectif stratégique 12 : Assurer l'amélioration de l'accès, de la qualité et de l'usage de produits et de technologies dans le domaine médical

60. La composition du budget 2010–2011 pour l'OS 12 est 20% du budget ordinaire et 80% des autres sources. L'impact suivant est anticipé dans le cadre du scénario C :

- a) Les activités sur le plan des médicaments et des technologies de la santé seront ralenties et en danger de ne plus pouvoir atteindre les cibles du Plan stratégique de 2013. Cela touche notamment la coopération technique vérifiant l'accès équitable aux produits et technologies sanitaires, car c'est un domaine de travail général financé par le budget ordinaire.
- b) Même si la formulation de politiques relève en fin de compte de la responsabilité des pays et que certains pays sont en mesure d'atteindre les buts par eux-mêmes (que ce soit avec leur propre financement ou celui d'autres sources), l'OPS joue pourtant un rôle essentiel pour les soutenir dans ce processus. Une réduction importante des crédits du budget ordinaire se répercutera négativement sur la qualité des politiques afférentes aux produits pharmaceutiques, au sang et aux technologies de la santé. C'est surtout dans le domaine des dons de sang, qui reçoit une part importante du budget ordinaire, que le niveau de soutien régional sera grandement réduit au point où il risque d'être arrêté. Les outils pour évaluer les technologies sanitaires sont également mis au point au niveau régional et une réduction dans le budget ordinaire veut dire qu'on ne pourra plus compter sur cette coordination et sur ce leadership.
- c) Les travaux se rapportant au Fonds stratégique de l'OPS pour les fournitures essentielles de santé publique reçoivent d'importants crédits du budget ordinaire. Une diminution de ces fonds met en péril l'atteinte des cibles, pourtant tellement importante à un moment où les pays sont de plus en plus intéressés à participer au Fonds stratégique.
- d) Les travaux concernant la promotion de l'utilisation rationnelle des médicaments, du sang, des services radiologiques et des technologies de la santé seront également affectés à moins que des ressources supplémentaires ne soient mobilisées. L'impact sera ressenti tout particulièrement dans les travaux sur la radiologie et la sélection des médicaments.

Objectif stratégique 13 : Assurer du personnel sanitaire disponible, compétent, réactif et productif pour améliorer les résultats de la santé

61. La composition du budget 2010–2011 pour l'OS 13 est 45% du budget ordinaire. L'impact suivant est escompté sur les différents domaines couverts par cet OS :

- a) Les réductions dans le financement se répercuteront sur la qualité des cadres de politiques pour les ressources humaines en santé (HRH) et les délais pour leur développement, surtout dans des pays prioritaires, les Caraïbes et les pays avec une capacité institutionnelle limitée sur le plan des ressources humaines en santé. La mise au point de plans et politiques de ressources humaines en santé entre dans la responsabilité des pays bien que l'OPS apporte un soutien important en la matière. L'OPS a également aidé les États Membres à se donner une politique de plans de carrières pour les personnels de la santé et à introduire les ajustements demandés par des commissions spéciales et les parlements.
- b) L'OPS assume également un rôle directeur dans la mise au point de la coopération technique entre les pays et les alliances régionales en vue de répondre aux buts régionaux des ressources humaines en santé. Les réductions budgétaires demanderont que ce rôle soit suspendu et les pays se retrouveront dans une position affaiblie pour exécuter les processus de coopération horizontale.
- c) Les activités en vue de se donner un ensemble d'indicateurs de base et de systèmes d'information sur les ressources humaines en santé s'en ressentiront également. L'OPS est notamment en train de restructurer l'initiative régionale de l'observatoire des ressources humaines en santé. Ce réseau régional souffrira d'une réduction dans les crédits du budget ordinaire.
- d) L'OPS ne sera plus dans la même position pour promouvoir et guider la réorientation de l'éducation en sciences de la santé vers les soins de santé primaires (SSP) alors que le renouveau des SSP prend de l'essor dans la Région. De plus, une réduction importante dans le financement mettra fin à l'expansion du Campus virtuel de santé publique (VCPH) vers les Caraïbes et l'Amérique centrale alors qu'il s'agit pourtant d'une stratégie clé de la coopération technique. L'infrastructure du Programme des leaders de la santé internationale sera ébranlée et le programme cessera probablement.
- e) Il faudra réduire le soutien régional accordé à l'analyse et au suivi de la dynamique de la migration des agents de santé. Cela touche tout particulièrement les pays où la coopération de l'OPS prend une place importante, tels que les pays prioritaires et les petites îles des Caraïbes (ceux qui sont particulièrement touchés par la migration des agents de santé). L'OPS encadre également les accords bilatéraux et multilatéraux qui traitent de la migration des agents de santé, surtout l'application active par les États Membres du Code mondial de l'OMS de pratique pour le recrutement international des personnels de santé.

Objectif stratégique 14 : Étendre la protection sociale à travers un financement équitable, approprié et durable.

62. Soixante pour cent du financement pour cet objectif stratégique vient du budget ordinaire (dont 80% au niveau des pays). Cela rend cet OS particulièrement vulnérable à la réduction budgétaire envisagée dans le cadre du scénario C. Il faudra réduire nettement ou cesser le soutien régional pour les domaines suivants :

- a) La formulation de politiques encadrant les plans de financement pour la réduction ou l'élimination du risque financier associé aux maladies et accidents, les études pour évaluer la capacité des ménages à assumer les dépenses de santé, l'harmonisation des comptes nationaux de la santé et les études sur les dépenses et le financement de systèmes de santé publique ou d'assurance-maladie.
- b) L'OPS prend une part importante dans la production d'études sur le financement de la santé qui sont financées principalement par le budget ordinaire et qui dépendent fortement du niveau régional. Aussi, dans le contexte du scénario C, il faudra très probablement arrêter le soutien régional. Et pourtant, ces études dégagent les preuves nécessaires pour formuler des politiques publiques sur le financement et la couverture universelle. Sans informations pertinentes et à jour, la qualité de ces politiques sera moindre. C'est particulièrement préoccupant au regard de l'attention que reçoit ce thème avec la publication du Rapport sur la santé dans le monde de 2010 — Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle.
- c) La capacité de l'Organisation d'apporter un soutien aux pays alors qu'ils élargissent la protection sociale en santé sera également amenuisée. Le niveau régional joue un rôle important dans la documentation de l'enseignement retiré et des bonnes pratiques dans la protection sociale en santé, apportant aux pays les outils nécessaires pour analyser et identifier les différents mécanismes et stratégies pour progresser vers cette protection. Privés du soutien régional, ces processus ne seront plus de la même qualité et il deviendra difficile d'atteindre les cibles et les objectifs.

Objectif stratégique 15 : Fournir le leadership, renforcer la gouvernance et encourager le partenariat et la collaboration avec les États Membres, le système des Nations Unies et les autres parties concernées pour s'acquitter du mandat de l'OPS/OMS en faisant progresser le programme sanitaire mondial, tel qu'établi dans le onzième Programme général de travail de l'OMS et le Programme de santé pour les Amériques

63. L'OS 15 couvre les fonctions appuyant la réalisation des autres objectifs stratégiques. Les progrès en vue d'atteindre les résultats escomptés de cet OS ont été faits avec certaines contraintes budgétaires. Cet OS sera encore davantage affecté, quelque soit le scénario, puisqu'il dépend exclusivement de crédits du budget ordinaire. Cet impact négatif se répercutera sur la performance de certaines fonctions de base du Bureau, en particulier :

- a) Amélioration du soutien administratif opérationnel des entités des pays ;
- b) Capacité à mobiliser des ressources aux niveaux régional et national ;
- c) Engagement à maintenir la présence et le leadership du BSP aux niveaux des pays et des sous-régions.

Objectif stratégique 16 : Développer et maintenir l'OPS/OMS comme une organisation d'apprentissage flexible, lui permettant de mener à bien son mandat plus efficacement et plus rentablement

64. Cet OS couvre les fonctions facilitatrices venant soutenir les activités réalisées dans le cadre des OS 1–15. A ce titre, le financement de cet OS dépend grandement (plus de 70%) du budget ordinaire. Aussi, une réduction de 96% dans les crédits du budget ordinaire aurait-elle un impact de taille sur la capacité de l'Organisation de mettre en œuvre de manière efficace les programmes de coopération technique.

65. Le BSP fera tous les efforts possibles pour continuer à mettre en œuvre les initiatives importantes, comme la gestion fondée sur les résultats (GFR) et l'adoption des normes IPSAS, mais la plupart des indicateurs RER de l'OS 16 seront gravement affectés. De sévères mesures d'austérité devront être prises rapidement qui entraveront la capacité de fournir les services facilitateurs de base. Des problèmes de sécurité et de sûreté s'en suivront. La fonctionnalité de l'infrastructure de l'OPS sera mise en péril.

66. La réduction dans les ressources disponibles pour financer les frais d'investissement, les frais d'audit, le soutien aux déplacements et systèmes financiers ainsi que les limitations éventuelles dans la capacité des systèmes de technologie de l'information (TI) à la base des systèmes juridiques mettent en péril l'obtention d'une opinion d'audit non qualifiée et la clôture des comptes. Cela se répercutera également sur les activités de mobilisation des ressources. De plus, le BSP ne sera plus en mesure de s'engager dans le développement de nouvelles technologies d'informations et devra se limiter à des changements d'ordre minimal dans les systèmes conformément aux réglementations institutionnelles. Cela à son tour aura pour résultat des services et des systèmes de technologie de l'information qui sont moins stables au Siège et dans les bureaux de pays et centres. Les systèmes opérationnels de l'OPS deviendront moins stables et l'Organisation se trouvera dans l'incapacité de maintenir son modèle actuel de soutien aux bureaux de pays et centres avec des données fiables et en temps réel.

Tableau 10. Indicateurs RER qui seront le plus touchés dans le cadre du scénario C

Indicateur RER	Base 2007	Cible 2009	Cible 2011	Cible 2013	Commentaires
OS1- Maladies contagieuses					
1.3.2 – Nombre de pays qui ont éliminé la rage humaine transmise par les chiens.	11	14	16	18	Seuls 16 pays, d'après les estimations, atteindront cet indicateur. Les ressources ne seront suffisantes que pour maintenir les accomplissements jusqu'en 2011. Notons que deux pays ont quitté la base initiale en 2009.
1.4.3 – Nombre de pays qui réalisent régulièrement une surveillance de la résistance antimicrobienne (RAM) et des interventions pour endiguer la RAM, notamment les infections associées aux soins de santé.	17/35	22/35	24/35	27/35	Seuls 22 pays, d'après les estimations, atteindront cet indicateur, à savoir une inversion par rapport aux accomplissements précédents.
1.8.1 – Pourcentage d'événements de santé publique d'importance internationale vérifiés dans les délais recommandés par le Règlement sanitaire international.	85%	90%	95%	98%	On estime que seuls 85% seront atteints lors de l'exercice biennal 2012-2013.
1.9.1 – Pourcentage de réponses du BSP conformes au Règlement sanitaire international en fonction des demandes de soutien des États Membres lors d'urgences ou d'épidémies.	90%	100%	100%	100%	On estime que 90% seront atteints. Les crédits du budget ordinaire sont nécessaires pour une réponse immédiate pendant que les fonds sont mobilisés des partenaires. Aussi, toute réduction se répercutera sur la capacité du Bureau de répondre efficacement et

Indicateur RER	Base 2007	Cible 2009	Cible 2011	Cible 2013	Commentaires
					de soutenir les États Membres et mobiliser des ressources auprès d'autres partenaires.
OS2 – VIH/sida, TB et paludisme					
2.1.2 – Nombre de pays qui fournissent un traitement antirétroviral à 80% de la population concernée, d'après les estimations, conformément aux directives de l'OPS/OMS.	6	7	12	15	Seuls 7 pays atteindront cet indicateur. Outre les limitations du financement, ce sont également les changements dans les recommandations de 2010 sur le traitement du VIH – nouveaux critères pour démarrer le traitement à une numération de 350 lymphocytes CD4 (auparavant 200) – qui rendent encore difficile la réalisation d'une couverture de traitement de 80%.
2.4.1 – Nombre de pays qui notifient à l'OPS/OMS des données de surveillance sur le VIH, désagrégées par sexe et âge.	25	27	32	33	Seuls 26 pays atteindront cet indicateur, à savoir une inversion par rapport aux avancées réalisées lors de l'exercice biennal précédent.
2.4.6 – Nombre de pays notifiant à l'OPS/OMS des données sur la surveillance de la résistance aux antipaludiques, conformément aux directives de l'OPS/OMS.	9/21	11/21	17/21	20/21	Seuls 13 pays, d'après les estimations, atteindront l'indicateur, à savoir une inversion par rapport aux accomplissements précédents.
OS3 –Maladies chroniques non transmissibles					
3.3.3 – Nombre de pays qui comptent un système national d'informations sanitaires comprenant des indicateurs sur les invalidités.	18	22	23	26	Seuls 18 pays atteindront cet indicateur, à savoir une inversion vers les accomplissements de 2007.
OS4 Santé maternelle, infantile, des adolescents et des personnes âgées					
4.1.2 – Nombre de pays qui ont une politique d'accès universel à la santé sexuelle et reproductive.	7	11	13	16	Seuls 9 pays atteindront cet indicateur, à savoir une inversion vers les réalisations d'avant 2009.
4.1.3 – Nombre de pays qui ont une politique sur la promotion du vieillissement actif et en bonne santé.	11	15	17	18	Seuls 15 pays atteindront cet indicateur, à savoir une inversion vers les réalisations de 2009.
4.2.1 – Nombre de pays qui comptent des systèmes d'information et de surveillance pour suivre la santé sexuelle, la santé reproductive, la santé maternelle, la santé néonatale et la santé des adolescents, avec une information désagrégée par	10	15	17	20	Seuls 12 pays atteindront cet indicateur, à savoir une inversion vers les réalisations d'avant 2009.

Indicateur RER	Base 2007	Cible 2009	Cible 2011	Cible 2013	Commentaires
âge, sexe et ethnie.					
4.3.1 – Nombre de pays adaptant et utilisant les normes techniques et les directives de l'OPS/OMS pour étendre la couverture en soins qualifiés lors de l'accouchement, y compris les soins prénatals, post-natals et néonataux.	10	12	19	23	Seuls 12 pays, d'après les estimations, atteindront cet indicateur, à savoir une inversion vers les accomplissements de 2009.
4.6.1 – Nombre de pays comptant un programme opérationnel de santé et de développement des adolescents et des jeunes.	10	12	16	17	Seuls 12 pays, d'après les estimations, atteindront cet indicateur, à savoir une inversion vers les accomplissements de 2009.
4.6.2 – Nombre de pays appliquant un ensemble complet de normes et de standards dans les services de santé et de développement pour les jeunes (prise en charge intégrée des besoins des adolescents).	3	10	14	15	Seuls 12 pays, d'après les estimations, atteindront cet indicateur.
OS5 – Urgences et catastrophes					
5.2.1 – Nombre de programmes de formation sur les opérations de réponse aux urgences.	4	6	7	7	La réalisation de cet indicateur dépend du budget ordinaire au niveau régional. Aussi, une réduction du financement représentera une réduction du nombre de formations à 6.
OS6 – Promotion de la santé et facteurs de risque					
6.3.3 – Nombre de pays dotés de réglementation sur le conditionnement et l'étiquetage des produits de tabac, conformément à la Convention-Cadre de l'OMS sur la lutte anti-tabac.	8	10	17	23	Seuls 16 pays, d'après les estimations, atteindraient cet indicateur.
OS7 – Déterminants sociaux et économiques de la santé					
7.1.1 – Nombre de pays qui ont mis en œuvre une stratégie nationale pour traiter les principales recommandations de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé.	0	4	10	12	Seuls 10 pays, d'après les estimations, atteindront cet indicateur.
OS8 – Environnement plus sain					

Indicateur RER	Base 2007	Cible 2009	Cible 2011	Cible 2013	Commentaires
8.1.1 – Nombre de pays qui ont mené des évaluations annuelles de risques ou ayant quantifié la charge de morbidité liée à l'environnement.	2	3	4	7	Seules 5 évaluations seront faites, d'après les estimations.
8.5.1 – Nombre de forums de haut niveau soutenus par le BSP. qui sont tenus régulièrement sur la santé et l'environnement pour les décideurs et parties prenantes concernées au niveau régional.	1	2	3	4	Seuls 3 forums seront organisés.
OS9 – Nutrition, salubrité des aliments et sécurité alimentaire					
9.3.3 – Nombre de pays qui produisent des données probantes sur la sécurité nutritionnelle et alimentaire.	11	15	20	22	Seuls 20 pays, d'après les estimations, atteindront cet indicateur. Les efforts viseront à maintenir les accomplissements jusqu'en 2011.
9.4.5 – Nombre de pays dotés de plans nationaux de préparation et de réponse aux urgences alimentaires et nutritionnelles.	11	16	20	25	Seuls 20 pays, d'après les estimations, atteindront cet indicateur. Les efforts viseront à maintenir les accomplissements jusqu'en 2011.
OS10 – Services de santé					
10.1.2 – Nombre de pays qui témoignent d'une amélioration dans la performance du rôle de gouvernance, tel que mesurée par l'évaluation des fonctions essentielles de la santé publique.	3	8	11	14	Seuls 11 pays, d'après les prévisions, atteindront cet indicateur. Les efforts viseront à maintenir les accomplissements.
10.2.1 – Nombre de pays qui ont mis en œuvre des stratégies pour renforcer la gestion des services de santé.	3	14	17	20	Seuls 17 pays, d'après les prévisions, atteindront cet indicateur. Il faut noter que l'indicateur comprend l'élaboration et la mise en place de la méthodologie de la gestion productive des services de santé qui dépend du financement du budget ordinaire provenant du niveau régional.
OS11 - Leadership et gouvernance des systèmes de santé					
11.1.2 – Nombre de pays qui ont formulé des politiques, des plans à moyen et long termes ou défini des objectifs nationaux de santé.	9	17	29	35	Seuls 29 pays, d'après les prévisions, atteindront cet indicateur. Les efforts viseront à maintenir les accomplissements.

Indicateur RER	Base 2007	Cible 2009	Cible 2011	Cible 2013	Commentaires
11.2.1 – Nombre de pays qui ont mis en place des processus pour renforcer la qualité et étendre la couverture de leurs systèmes d'informations sanitaires.	3	7	10	15	Seuls 7 pays, d'après les prévisions, atteindront cet indicateur, à savoir une inversion vers les accomplissements de 2009.
11.3.1 – Nombre de pays qui mettent à jour les analyses de leur situation sanitaire, au moins une fois tous les deux ans.	5	7	9	10	Seuls 5 pays, d'après les prévisions, arriveront à faire une mise à jour dans les délais indiqués de l'analyse de leur situation sanitaire, à l'aide d'informations fiables et mises à jour. Cela est dû au fait que la coopération technique du BSP est financée par le budget ordinaire, venant soutenir les pays pour qu'ils puissent mettre à jour régulièrement les analyses de leur situation sanitaire.
OS12 – Technologies et produits médicaux					
12.1.1 – Nombre de pays qui ont mis en œuvre des politiques encourageant l'accès aux produits médicaux ou l'innovation technologique pour de tels produits.	17	23	25	27	Seuls 25 pays, d'après les prévisions, atteindront cet indicateur. Les efforts visent à maintenir les accomplissements de 2011.
12.3.1 – Nombre de pays qui ont des normes définissant l'intégration des technologies de la santé.	11	14	17	20	Seuls 17 pays, d'après les prévisions, atteindront cet indicateur. Les domaines qui seront le plus touchés par les réductions du financement seront les services radiologiques et la coopération technique pour l'intégration des nouvelles technologies de la santé.
OS13 – Ressources humaines pour la santé					
13.2.2 – Nombre de pays participant au réseau des observatoires des ressources humaines pour la santé afin de disposer de l'information nécessaire pour étayer la prise de décisions.	18	29	31	36	Seuls 31 pays, d'après les prévisions, atteindront cet indicateur.
13.4.4 – Nombre de pays participant au programme OPS des leaders en santé internationale.	0	18	25	25	Seuls 10 pays, d'après les prévisions, atteindront cet indicateur, à savoir une inversion vers les réalisations d'avant 2009.
OS14 – Protection sociale et financement					
14.2.1 – Nombre d'études faites dans les pays qui appliquent le cadre d'évaluation de l'OPS pour déterminer la capacité des ménages à satisfaire à leurs dépenses en santé.	0	3	5	7	Les ressources suffiront uniquement à soutenir 5 études. Les ressources seront conservées en priorité pour la réalisation d'autres indicateurs dans le cadre de cet OS.

Indicateur RER	Base 2007	Cible 2009	Cible 2011	Cible 2013	Commentaires
14.3.3 – Nombre de pays faisant des études sur les dépenses et le financement des systèmes de santé publique ou d'assurance sociale/maladie.	0	0	10	15	Seuls 10 pays, d'après les prévisions, atteindront cet indicateur. Les ressources seront conservées en priorité pour la réalisation d'autres indicateurs dans le cadre de cet OS.
OS15 – Leadership et gouvernance de l'OPS/OMS					
15.1.3 – Nombre d'entités du BSP mettant en œuvre des initiatives en faveur du leadership et de la gestion (coordination et négociation de la coopération technique avec les partenaires, coopération technique entre les pays[TCC], plaidoyer pour la mission de l'OPS/OMS et plans de travail biennaux, ainsi que rapports) dans les délais et limites budgétaires.	43/69	57/69	61/69	69/69	Seules 57 entités, d'après les estimations, seront en mesure de réaliser de telles initiatives.
15.2.4 – Nombre de sous-régions du BSP qui ont une stratégie de coopération sous-régionale (SCS).	0/5	1/5	2/5	4/5	Seules deux sous-régions auront une stratégie de coopération sous-régionale.
15.2.5 – Nombre d'entités nationales et sous-régionales du BSP témoignant d'améliorations dans le soutien administratif, l'infrastructure physique, les transports, le matériel de bureau, les meubles et l'équipement de technologie de l'information, tel que programmé dans leurs plans de travail biennaux.	20/29	25/29	27/29	29/29	Seules 24 entités, d'après les prévisions, seront en mesure d'atteindre cet indicateur, à savoir une inversion par rapport aux accomplissements précédents.
15.2.6 – Nombre d'entités de pays ou sous-régionales du BSP qui ont mis en œuvre des politiques et des plans pour améliorer la santé et la sécurité du personnel sur les lieux du travail, notamment l'observance de normes minimales de sécurité au travail (MOSS)	20/29	25/29	27/29	29/29	Seules 24 entités, d'après les prévisions, seraient en mesure d'atteindre cet indicateur, à savoir une inversion par rapport aux accomplissements précédents.
OS16 – Organisation souple et d'apprentissage					
16.2.1 – Normes comptables internationales du secteur public (NCISP/IPSAS) adoptées à l'OPS	IPSAS ne sont pas mises en œuvre	IPSAS approuvées par les États Membres	IPSAS mises en œuvre	IPSAS mises en œuvre	Les ressources seront insuffisantes pour maintenir les obligations liées aux normes IPSAS actuelles — estimations des propriétés, actuelles et instruments financiers.

Indicateur RER	Base 2007	Cible 2009	Cible 2011	Cible 2013	Commentaires
16.2.5 – Solides pratiques financières, témoignées par une opinion d’audit non qualifiée.	Opinion d’audit non qualifiée	Opinion d’audit non qualifiée	Opinion d’audit non qualifiée	Opinion d’audit non qualifiée	Si les ressources diminuent, il deviendra difficile d’obtenir une opinion d’audit non qualifiée, d’où des liquidations d’investissement dans le portefeuille géré par des experts et la nécessité d’éliminer des postes pour couvrir les frais de l’audit et soutenir les systèmes financiers.
16.3.3 – Pourcentage de comités de sélection travaillant avec le nouveau cadre approuvé par la direction avec évaluation de psycho-métrie des positions clés.	N/D	100%	100%	100%	L’utilisation du nouveau cadre continuera mais 50% seulement des évaluations de psycho-métrie seront possibles.
16.4.1 – Pourcentage de propositions, projets et demandes de TI gérés régulièrement par le biais des processus de gestion du portefeuille.	0%	40%	60%	80%	Aucune gestion de portefeuille puisque les systèmes de TI seront mis en péril par la réduction budgétaire.
16.4.2 – Niveau de conformité avec les cibles adoptées pour les services de TI.	0%	50%	60%	75%	Seul un niveau de 25% pourra être atteint, dû au fait que les contractants de service seront éliminés, ce qui diminuera le niveau de soutien et de services à l’utilisateur. Les problèmes d’infrastructure seront plus courants et dureront plus longtemps.
16.4.3 – Nombre d’entités sous-régionales et nationales de l’OPS/OMS et centres panaméricains utilisant une information de gestion constante et en temps réel.	35/35	35/35	35/35	35/35	Le système continuera à fonctionner mais avec des interruptions lorsque l’information de gestion en temps réel n’est pas disponible.
16.5.1 – Niveau de satisfaction de l’utilisateur face à des services administratifs et gestionnaires choisis (sécurité, déplacement, transport, services de courrier, services de santé, nettoyage et alimentation) tel que mesuré par des enquêtes biennales.	Faible (taux de satisfaction de moins de 50%)	Moyen (taux de satisfaction de plus de 75%)	Elevé (taux de satisfaction de plus de 75%)	Elevé (taux de satisfaction de plus de 75%)	Le niveau de satisfaction baissera à moyen voire faible, suite à l’incapacité de maintenir la qualité des services et ces réductions notables dans le niveau des services quotidiens diminueront la performance du personnel.
16.5.3 – Pourcentage d’objectifs internes, atteints ou dépassés, pour les services de traduction.	60%	70%	75%	80%	Un pourcentage de 70% seulement sera atteint. Les limitations concernant les logiciels de base et la difficulté à faire des contrôles de qualité mettront en péril les objectifs déjà atteints.
16.5.4 – Un nouveau système de gestion des achats, pour mesurer et suivre la conformité aux meilleures pratiques dotés des volets suivants : formation ciblée, rapports statistiques améliorés,	N/A	Élaboration des principes directeurs	Élaboration des règles opérationnelles	Mise en place du système de gestion	Aucune ressource ne sera disponible pour : 1) réaliser un suivi, le contrôle adéquat et apporter un soutien technique ; 2) intégrer les nouveaux aspects dans le système des appels d’offres

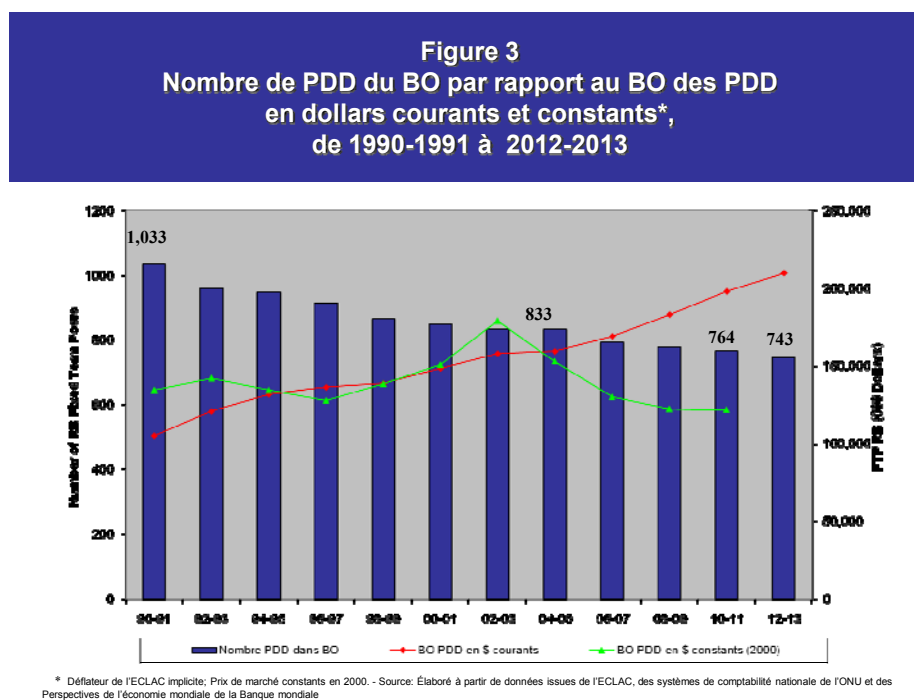
Indicateur RER	Base 2007	Cible 2009	Cible 2011	Cible 2013	Commentaires
listes rallongées de soumissionnaires, accords de niveaux de services et améliorations des procédures.			es		électroniques et 3) appliquer les systèmes d'achat au niveau des pays.
16.5.5 – Pourcentage des demandes internes du BSP en vue d'obtenir des conseils et des services juridiques dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande.	70%	90%	95%	100%	Un pourcentage de 40% seulement sera traité dans la période établie de 10 jours. La coupe budgétaire diminuera le soutien juridique et ralentira la capacité à faire les investigations nécessaires.
16.6.3 – Pourcentage des installations physiques du Siège et des centres panaméricains qui ont mis en œuvre des politiques et des plans pour améliorer la santé et la sécurité du personnel, y compris la conformité aux normes minimales de sécurité sur les lieux du travail (MOSS).	65%	75%	80%	100%	Un pourcentage de 90% seulement sera atteint. Une réduction dans les ressources signifie une réduction dans les services nécessaires pour assurer la sécurité du personnel et la sûreté des installations. L'impact sera ressenti durement au Siège.
16.6.4 – Pourcentage des entités régionales du BSP et des centres panaméricains de l'OPS qui améliorent et entretiennent leur infrastructure physique, matériel de bureau, meubles, équipement de technologie de l'information et transports, tels que programmés dans leurs plans de travail biennaux.	75%	90%	95%	100%	Un pourcentage de 90% seulement sera atteint. Une réduction des ressources se répercutera négativement sur le maintien des services de base. Les dépenses de fonctionnement en général devront être diminuées et l'impact se fera surtout ressentir au niveau du Siège.

IV. EFFORTS FAITS PAR LE BSP POUR AMÉLIORER L'EFFICIENCE ET LA PRODUCTIVITÉ

Le personnel du BSP et les tendances dans le budget ordinaire

67. Le personnel du BSP est l'élément critique pour réaliser les Objectifs stratégiques (OS) et les Résultats escomptés à l'échelle de la Région (RER) tels qu'ils sont fixés dans le Plan stratégique.

68. Tel qu'indiqué sur la figure 3, les postes à durée déterminée (PDD) financés par le budget ordinaire de l'OPS/OMS ont continué à diminuer régulièrement ces 20 dernières années (barres bleues), passant de 1033 postes en 1990–1991 à 764 postes en 2010–2011. Dans le cadre de la discipline budgétaire d'austérité de l'Organisation, quelque 18 postes ont été éliminés durant la période 2010–2011. Les États Membres ayant demandé d'envisager une nouvelle réduction du budget des PDD, 3 autres postes ont été éliminés du projet de programme et de budget, ce qui porte la réduction totale à 21 postes. Par conséquent, l'Organisation fonctionnera durant la période 2012-2013 avec seulement 743 postes. Il conviendrait d'analyser avec soin toute réduction supplémentaire dans les PDD, car une telle mesure pourrait entraver la capacité de l'Organisation d'exécuter ses fonctions de base et facilitatrices, y compris sa capacité de mobilisation de ressources.



69. La courbe du budget des postes à durée déterminée en dollars courants² (courbe rouge) a augmenté régulièrement mais le budget des PDD en dollars constants³ (courbe verte) a atteint son

² Concerne l'utilisation des prix et des coûts effectifs.

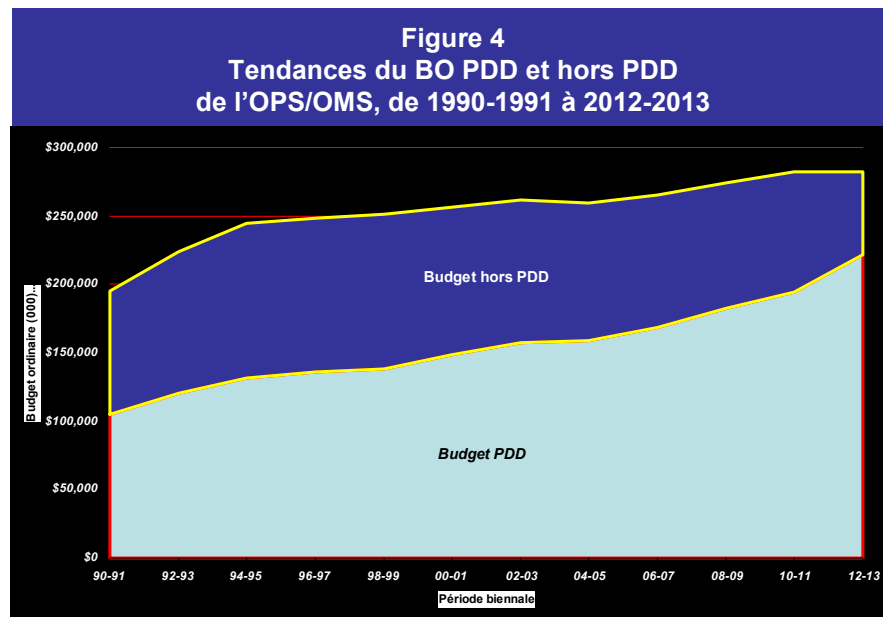
³ Le terme dollars constants se rapporte à une mesure de la valeur du prix du dollar dans le temps, ajustée pour tenir compte de l'inflation ou de la déflation.

maximum pendant la période biennale de 2002–2003 et diminué à un niveau en dessous de la période biennale de 1990–1991.

70. Malgré les efforts par le BSP pour contenir les dépenses liées au personnel, tel que montré par la baisse constante dans le nombre de PDD financés par le budget ordinaire de l'OPS/OMS, le budget de ces 20 dernière années, en dollars courants, a continué à augmenter (courbe rouge). La figure 3 montre que le budget pour les PDD pendant l'exercice biennal actuel (2010–2011), en dollars constants, est au même niveau que celui de 1996-1997, mais il finance un nombre moindre de postes à durée déterminée.

71. Le déflateur de la Commission économique pour l'Amérique centrale et les Caraïbes (ECLAC) de la Région a été utilisé pour ce calcul. Cette statistique se base sur un panier macro du comportement des économies de l'Amérique latine par rapport au dollar américain. Par ailleurs, l'ensemble des devises entrant dans le budget de l'Organisation indique que l'effet de la perte du pouvoir d'achat du budget de l'Organisation est encore plus prononcé, vu que les taux d'inflation des pays pris individuellement se situent dans une fourchette allant de 1,5% à 30%. Il a été décidé toutefois de garder le déflateur de l'ECLAC pour utiliser les données probantes référencées.

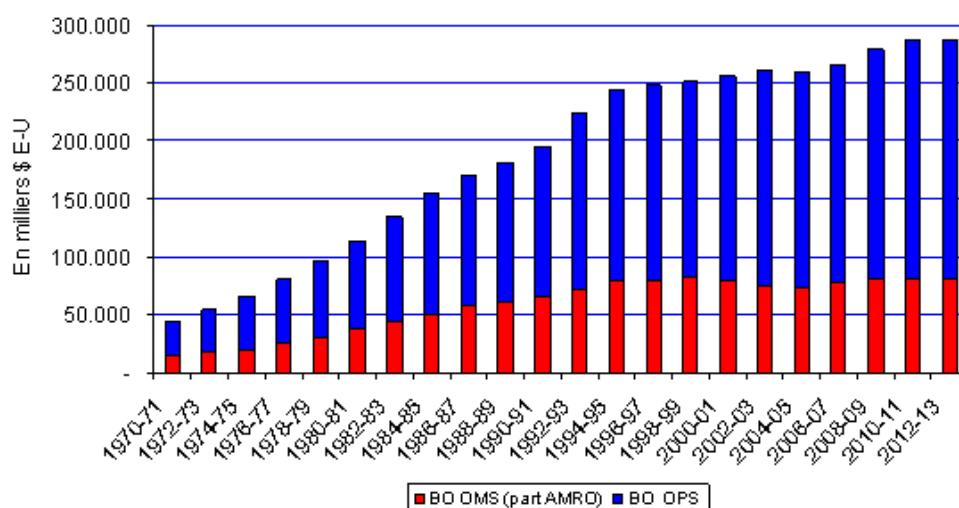
72. Tel que montré sur la figure 4, la part PDD du budget ordinaire a connu une croissance constante au cours des 24 dernières années. Toutefois, le Bureau a réussi à mobiliser des ressources, en fournissant un volume suffisant de ressources hors PDD à partir d'autres sources pour exécuter son Programme, comme le révèle le ratio PDD/hors PDD illustré à la figure 1.



Tendances dans le financement du budget ordinaire de l'OPS/OMS

73. Depuis 1994–1995, les accroissements dus à l'inflation ont dépassé les accroissements du budget nominal. Les coûts des PDD ont continué à augmenter alors que le budget hors PDD a été réduit en termes constants et courants. Cela s'est soldé par une perte sensible du pouvoir d'achat de la coopération technique pendant cette période. Par ailleurs, lors de ces 15 dernières années, la part d'AMRO a diminué proportionnellement en tant que pourcentage du total du budget ordinaire de l'OPS/OMS. La figure 4 présente quatre décennies de l'historique de la composition du budget ordinaire dans le budget et programme approuvé de l'OPS/OMS. Lors de cette dernière décennie, la part d'AMRO dans le budget ordinaire total a diminué, passant de 33% en 1994–1995 à 28% en 2012–2013, conservant ainsi les niveaux de 2010–2011.

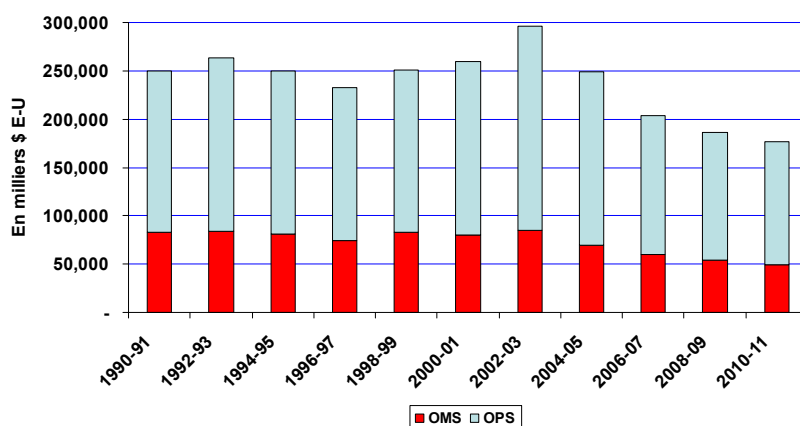
Figure 5
Historique des budgets ordinaires de l'OPS et de l'OMS (part AMRO) en dollars courants
Périodes biennales 1970-1971 / 2012-2013



* Déflateur de l'ECLAC implicite ; Prix de marché constants en 2000. – Source : Élaboré à partir de données issues de l'ECLAC, des systèmes de comptabilité nationale de l'ONU et des Perspectives de l'économie mondiale de la Banque mondiale.

74. Malgré l'augmentation du budget ordinaire de l'OPS/OMS en dollars courants, pendant la période 1990–2011, le budget ordinaire a réduit son pouvoir d'achat de 29% en dollars constants de 2000 (voir figure 6). Le financement de l'OMS (AMRO) est resté relativement stable de 1990 à 2003, mais de 2004 à 2011 on assiste à une réduction continue dans cette composante.

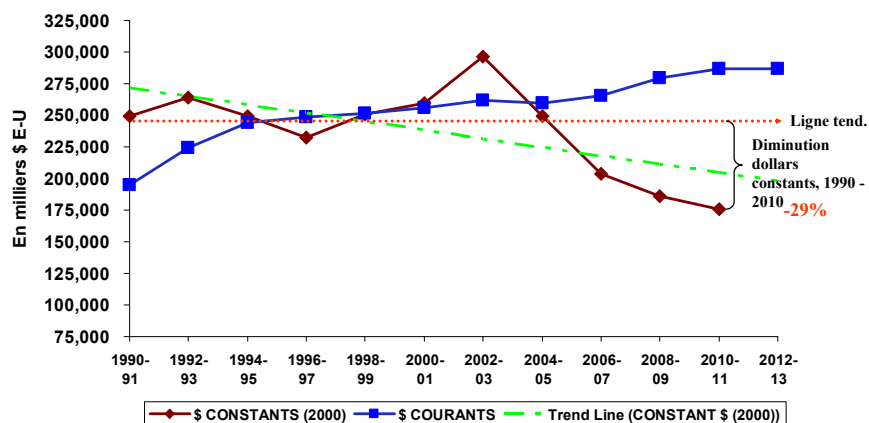
Figure 6
Historique des budgets ordinaires de l'OPS et de l'OMS en dollars constants*
Périodes biennales 1990-1991 / 2010-2011



* Avec dollars constants (année 2000). Déflateur implicite ALC. Déflateur implicite PIB; Prix du marché constants en 2000. - Source: À partir des données ECLAC

75. En dollars courants, le budget ordinaire de l'OPS/OMS a augmenté mais, par contre, la tendance en dollars constants est à la baisse. La réduction observée en dollars constants est estimée à 29% (\$73,4 millions) pendant la période de 1990–2010, tel qu'indiqué sur la figure 7.

Figure 7
Budget ordinaire OPS/OMS en dollars courants par rapport aux dollars constants de 2000
1990-91 / 2010-11



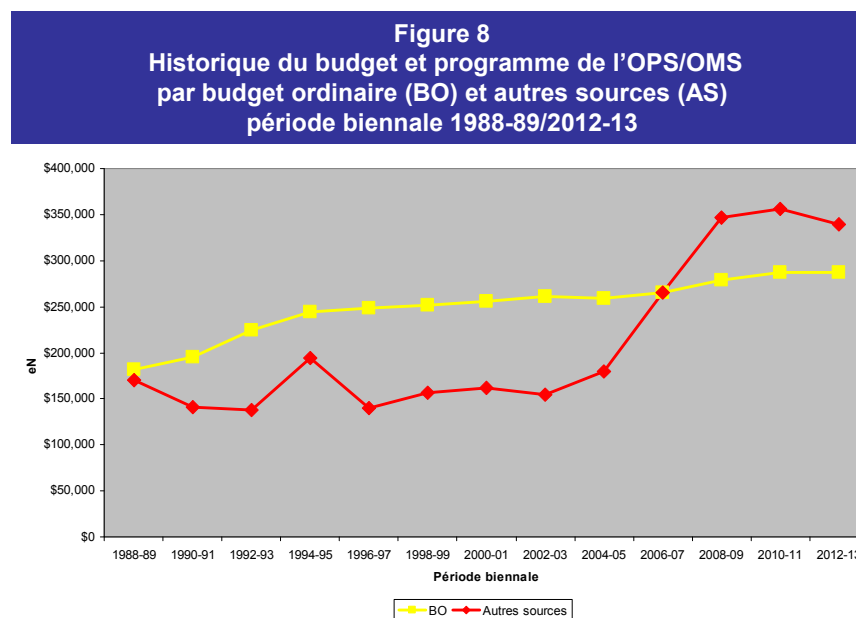
Source: Élaboré avec des données ECLAC, Statistical Yearbook 2008; p. 88 et 90

Total programmes et tendance budgétaire de l'OPS/OMS

76. L'Organisation compte trois grandes sources de financement :

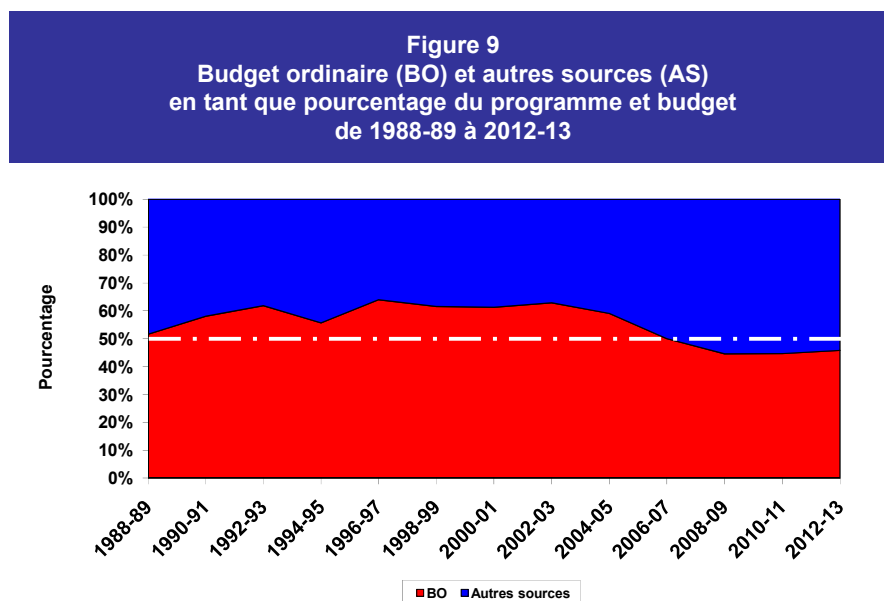
- a) **Budget ordinaire de l'OPS (BO)**, qui comprend les contributions (recouvrement) auprès des États Membres de l'OPS, plus les recettes diverses estimées ;
- b) **Part d'AMRO**, qui est la portion du budget ordinaire de l'OMS approuvée pour la Région des Amériques par l'Assemblée mondiale de la Santé ; et
- c) **Autres sources (AS)**, qui comprend essentiellement les contributions volontaires mobilisées par l'OPS ou par le biais de l'OMS, les fonds générés par le soutien aux programmes et le financement du Fonds d'investissement.

77. La figure 8 indique que, pendant de nombreuses années, les ressources des AS étaient plus faibles que celles du budget ordinaire. Par contre, depuis 2002–2003, les ressources des AS (surtout les contributions volontaires) ont augmenté régulièrement. En 2006–2007, les fonds des AS étaient d'un niveau quasiment égal à ceux du BO et, en 2008–2009, ils les surpassaient de l'ordre de \$67,9 millions. Au vu du climat financier mondial, le projet de budget et programme proposé pour 2012–2013 anticipe une réduction dans les Autres Sources, par rapport au niveau de 2010–2011. Comme décrit à la section II, la réduction dans l'OS varie en fonction du scénario. La tâche sera ardue pour mobiliser des ressources supplémentaires. Toutefois, au vu du rôle prépondérant de la santé publique pour le développement mondial, le BSP continuera à chercher dans la mesure du possible à mobiliser des contributions volontaires pour arriver aux résultats escomptés à l'échelle de la Région. La Section IV de cet addendum, « efforts faits par le BSP pour améliorer la performance programmatique organisationnelle, » traite des activités du Bureau à cet égard.



78. Comme décrit à la figure 9, le ratio BO/AS a évolué de 50/50 en 1988–1989 à 54/46 pendant la période biennale 2012–2013. L'analyse de la performance de l'Organisation sur les deux dernières périodes biennales révèle que le ratio 54/46 est à un point critique au regard du

maintien d'un équilibre adéquat, garant de la capacité de l'Organisation à exécuter son Programme. L'on considère qu'une réduction inférieure à 46% du budget ordinaire entravera la capacité de l'Organisation à remplir ses mandats collectifs et mettra en danger les priorités des États Membres.



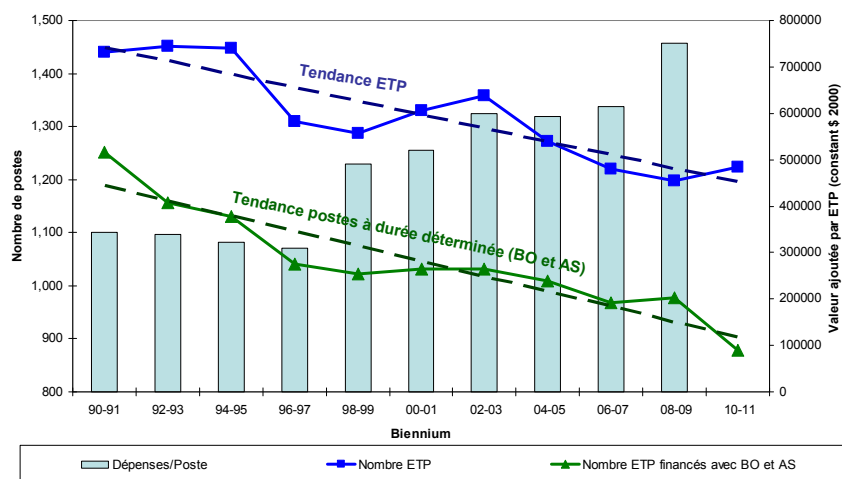
79. Au second semestre de la période biennale actuelle (31 décembre 2010), le déficit actuel du financement est analogue à celui du second semestre de 2008–2009. En 2008–2009, l'OPS a reçu \$281 millions en contributions volontaires dont 90% étaient réservés à des fins désignées. Le dernier exercice de suivi et d'évaluation de la performance de décembre 2010 indiquait \$194,8 millions au titre des contributions volontaires, dont \$41,5 (21%) n'étaient pas réservés à des fins désignées et \$153,3 millions étaient réservés à des fins désignées (79%).

Efficiencia y productividad

80. Le personnel du BSP, mesuré comme équivalent à temps plein (ETP) est composé de postes à durée déterminée financés par le BO et les ressources des AS et tous les autres personnels recrutés par le biais d'autres types de mécanismes (professionnels à court terme, consultants à court terme, personnel assigné par les ministères de la santé, personnel recruté par les agences d'emploi temporaire, etc.) Le concept de l'équivalent à temps plein (ETP) est utile pour faire des comparaisons.

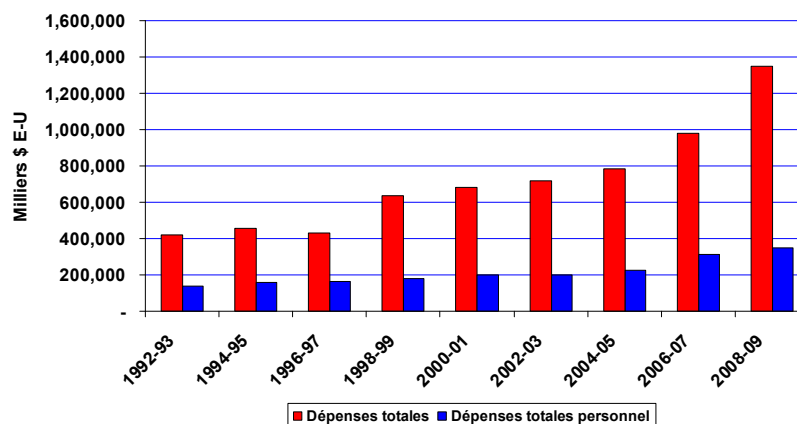
81. La figure 10 montre que le personnel total est en diminution entre 1990 et 2011. Il convient de noter que la tendance dans les ETP est parallèle à la réduction des ETP financés par le BO et les AS de l'OPS/OMS, démontrant ainsi l'effort fait par le BSP pour réduire la taille de son personnel. On note une réduction de 371 ETP dans les PDD financés par le BO et les AS. Une réduction totale des ETP de 216 PDD s'est faite pendant la même période. Aussi, le gros de la réduction concerne les PDD.

Figure 10
Nombre d'équivalents à temps plein (ETP) par rapport aux PDD financés avec le BO et les AS de l'OPS/OMS, 1990-1991 / 2010-2011



82. La figure 11 compare les dépenses du personnel aux dépenses totales de l'OPS/OMS en 1992-2009.

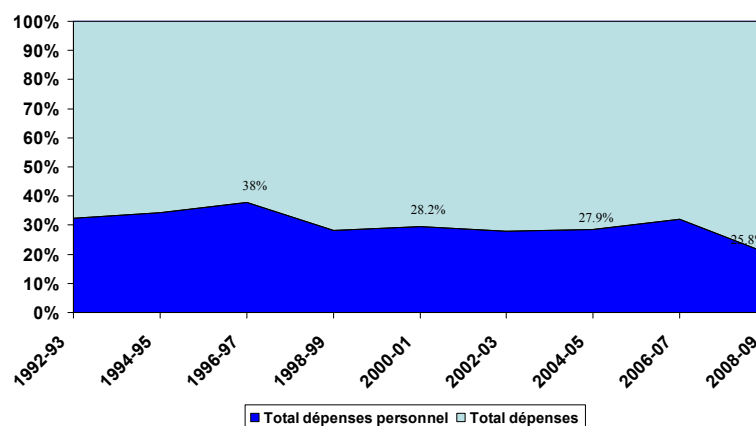
Figure 11
Historique des dépenses totales de l'OPS/OMS (1992-2009) comparées aux dépenses totales de personnel



83. Malgré la réduction dans les rangs du personnel total, le BSP a été en mesure de maintenir un *taux d'efficacité* relativement stable (dépenses liées au personnel exprimées en tant

que pourcentage des dépenses totales), tel que le montre la figure 12. Pendant la période biennale 2004–2005, le taux d'efficacité était de 27,9. En 2006–2007, la courbe augmente légèrement, indiquant une réduction modérée des gains d'efficacité. Par ailleurs, les données de 2008–2009 montrent une amélioration dans le taux d'efficacité (25,8), dépassant ainsi la période biennale de 2004–2005. Cet indicateur continue de s'améliorer malgré la réduction du nombre de postes.

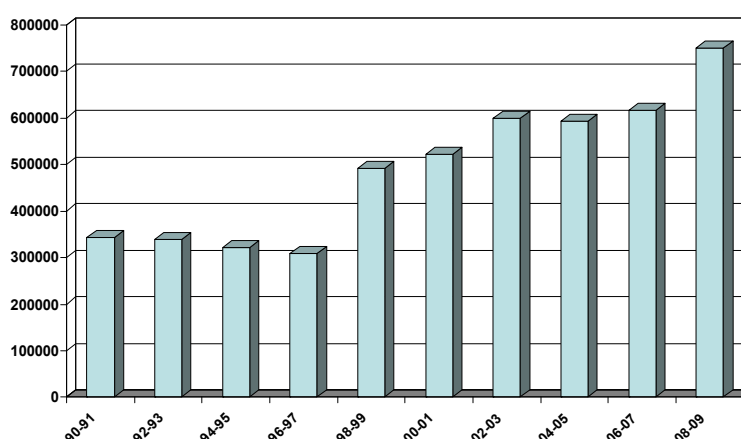
Figure 12
Taux d'efficacité du personnel de l'OPS/OMS
1992-1993 / 2008-2009



84. *La productivité du personnel* (mesurée ici comme étant les dépenses totales de l'OPS/OMS [rendement brut] en dollars constants par équivalent à temps plein)⁴ a augmenté, malgré une diminution des PDD dans le temps. La figure 13 indique que la productivité du personnel a augmenté passant de \$342 575 par ETP en 1990–1991 à \$750 237 par ETP en 2008–2009, en dollars constants de 2000. Cela représente une augmentation de 118% de la productivité en presque deux décennies. Une augmentation significative de la productivité est constatée depuis 1998–1999, reflétant le niveau important des dépenses hors projet (toutes les autres dépenses non comprises dans le budget et programme) gérées par le BSP.

⁴ D'après la méthode appliquée par l'OCDE pour définir la productivité de la main-d'œuvre, qui est mesurée en fonction du volume corrigé de l'inflation du rendement brut, divisé par la quantité de travail (Source : Mesurer la productivité. Manuel de l'OCDE. Mesurer la croissance de la productivité par secteur et pour l'ensemble de l'économie).

Figure 13
Productivité: dépenses totales de l'OPS/OMS en dollars constants
par équivalent à temps plein*
1990-1991 / 2008-2009



* Valeur ajoutée par ETP en dollars constants de 2000.

Gains d'efficacité et endiguement des coûts

85. Étant donné le climat financier mondial et en conformité avec sa discipline budgétaire, en sus de réduire le nombre de postes à durée déterminée (PDD), le Bureau a pris d'autres mesures pour accroître l'efficacité de ses prestations et réduire ses frais. Ces mesures peuvent être réparties en trois catégories principales : restructuration de l'organisation, mise en œuvre de nouveaux processus et modalités de coopération technique, et utilisation optimale des technologies.

86. Conformément à la Politique du budget et programme régional et de la Politique axée sur les pays, le Bureau a de plus en plus réorienté ses ressources du niveau régional aux niveaux national et sous-régional de sorte à rehausser la présence des pays et faciliter la coopération technique entre les divers secteurs de l'Organisation. Depuis 2006, 50 postes ont été décentralisés en direction des pays et sous-régions. Le résultat de cet exercice est une économie en PDD parallèlement à des prestations qui répondent davantage aux besoins des pays. Sur la demande des Organes directeurs, l'OPS a également procédé à une révision de son rôle dans l'administration des Centres panaméricains depuis 1978 de manière à assurer qu'ils concrétisent effectivement les mandats établis par leurs États Membres. Le résultat est que l'administration de 7 des 13 centres a été transférée aux États Membres respectifs et, en prévision de l'ouverture de l'Agence de santé publique de la Caraïbe, 2 autres centres seront transférés dans les prochaines années.

87. Pour accroître l'efficacité de l'Organisation, le Bureau n'a cessé de revoir ses processus et d'envisager de nouvelles modalités de coopération technique. Depuis 2008, avec le lancement du Plan stratégique 2008-2012 et conformément au cadre RBM, le Bureau a mis en œuvre son approche horizontale et axée sur le travail d'équipe, en mettant en place des groupes collaborateurs afin d'optimiser l'emploi des ressources tant humaines que financières. Le Bureau a également étendu et renforcé ses partenariats et alliances stratégiques pour conforter ses capacités de coopération technique. Par exemple, la nouvelle modalité de coopération technique

avec des centres partenaires et des institutions de référence nationales a permis à l'Organisation d'améliorer sa capacité de répondre aux besoins de ses États Membres tout en renforçant les capacités nationales en matière de coopération internationale dans le domaine sanitaire. En ce qui concerne la mobilisation de ressources, le Bureau a réussi à négocier avec de grands donateurs pour s'orienter vers une approche programmatique qui prévoit une augmentation des fonds alloués à des fins non spécifiées (dont le résultat est une augmentation de 10% en 2008-2009 à environ 21% fin 2010). Les processus de coordination des ressources ont eux aussi connu une évolution pour privilégier les priorités programmatiques de l'Organisation comme le prévoit le Plan stratégique 2008-2012.

88. L'emploi optimal des technologies, comme la conférence électronique avec Elluminate, un système téléphonique moderne et la centralisation de l'infrastructure informatique a également contribué à une efficience accrue des activités de coopération technique de l'OPS et à une réduction des charges d'exploitation. Le système Elluminate est de plus en plus utilisé, surtout au niveau régional. Cette plateforme est devenue un instrument essentiel pour la coopération technique car elle multiplie les communications et les échanges internes et avec d'autres bureaux, mais aussi avec nos contreparties et partenaires. Non seulement le système Elluminate élargit la portée de notre coopération technique mais l'utilisation qui en est fait a diminué les dépenses de déplacement et de réunion en multipliant le nombre de réunions virtuelles. De janvier à juin 2011 seulement, 10 353 réunions virtuelles ont eu lieu, qui représentent une augmentation de 64% par rapport à la période biennale précédente. Le nombre d'espaces virtuels a également connu une augmentation considérable, passant ainsi de 145 en 2008 à près de 900 en juin 2011. En ce qui concerne le système téléphonique, à ce jour, le Bureau a installé des appareils Voice over Internet Protocol (VoIP) dans 16 bureaux et connecté d'anciens réseaux téléphoniques à la technique VoIP dans 10 autres bureaux ; à terme, ces appareils seront installés dans tous les bureaux de représentants et centres. Ceci représente une économie d'environ \$500 000 en appels longue distance entre les bureaux de représentants et centres, le siège et les locaux de l'OMS. En sus de ces économies, le nouveau système téléphonique permet d'entretenir des communications illimitées entre les bureaux de la région et en dehors de celle-ci, sans aucun frais additionnel. De plus, un tiers des serveurs dans les bureaux de représentants fait maintenant partie d'un système centralisé à Washington, D.C., ce qui permet de réaliser de nouvelles économies d'infrastructure et en dépenses d'entretien, sans oublier les avantages du point de vue de la sécurité. À terme, tous les systèmes d'information de l'Organisation seront centralisés, ce qui permettra de réaliser d'autres économies. En sus des économies réalisées grâce à l'utilisation des technologies, le Bureau achète des billets en classe économique pour les voyages officiels.

V. EFFORTS DU BSP POUR AMÉLIORER LA PERFORMANCE PROGRAMMATIQUE ORGANISATIONNELLE

89. Le suivi et l'évaluation de la performance (PMA) sont d'importance capitale pour une bonne gestion du budget et programme et ils constituent également une composante importante du cadre de gestion fondée sur les résultats (GFR). À cet égard, le Bureau a institutionnalisé un processus systématique de PMA depuis 2008. De tels exercices de PMA sont réalisés tous les 6 mois pour évaluer les progrès de la mise en œuvre des plans de travail biennaux et, partant, les progrès faits pour atteindre les cibles du Plan stratégique, qui est mis en œuvre par le biais des budgets programmes biennaux.

90. Les exercices PMA dégagent une information sur la chaîne de résultats et les cibles au niveau institutionnel du BSP, tel qu'ils sont fixés dans le Plan stratégique 2008-2012, les budgets programmes et les plans de travail biennaux respectifs (BWP/PTB). Le système permet une analyse organisationnelle et institutionnelle, combine les évaluations de la mise en œuvre programmatique et budgétaire et examine les efforts de mobilisation des ressources. Les progrès sont mesurés à l'aide de données générées par le système (par exemple, le nombre de jalons atteints) ainsi que par des analyses techniques et administratives du taux d'exécution programmatique et budgétaire. Aussi, la PMA révèle les progrès réalisés et les défis qu'il faut encore relever, indiquant les actions correctives prise pour s'assurer que les cibles du Plan stratégique sont atteintes.

91. Le BSP a présenté le premier plan stratégique intérimaire de l'OPS 2008-2012, couvrant la période biennale 2008–2009, au 50^e Conseil directeur (septembre 2010). Selon cette évaluation, l'Organisation était en bonne position d'atteindre les cibles du Plan stratégique en 2013—sur les 16 OS, 12 étaient sur la bonne voie et 4 étaient à risque ; 67 (76%) des 88 RER étaient en bonne voie et 21 (24) étaient à risque et 275 (85%) des 324 cibles d'indicateurs RER avaient été atteintes. Le rapport a noté qu'il fallait améliorer l'alignement entre la mobilisation et l'affectation de ressources et les priorités programmatiques (des OS) tel qu'établies dans le Plan stratégique. Il a également recommandé d'orienter les interventions sur les indicateurs RER qui ont pris du retard, surtout les indicateurs « nombre de pays » qui n'avaient pas atteint leurs cibles. L'évaluation a également mis à jour une exécution budgétaire pour 2008-2009 de 94% (\$525 millions de \$559 millions) et a indiqué que l'Organisation avait été en mesure de mobiliser des ressources financières pour couvrir 81% du déficit de financement initial dans les contributions volontaires (\$281 millions de \$347 millions).

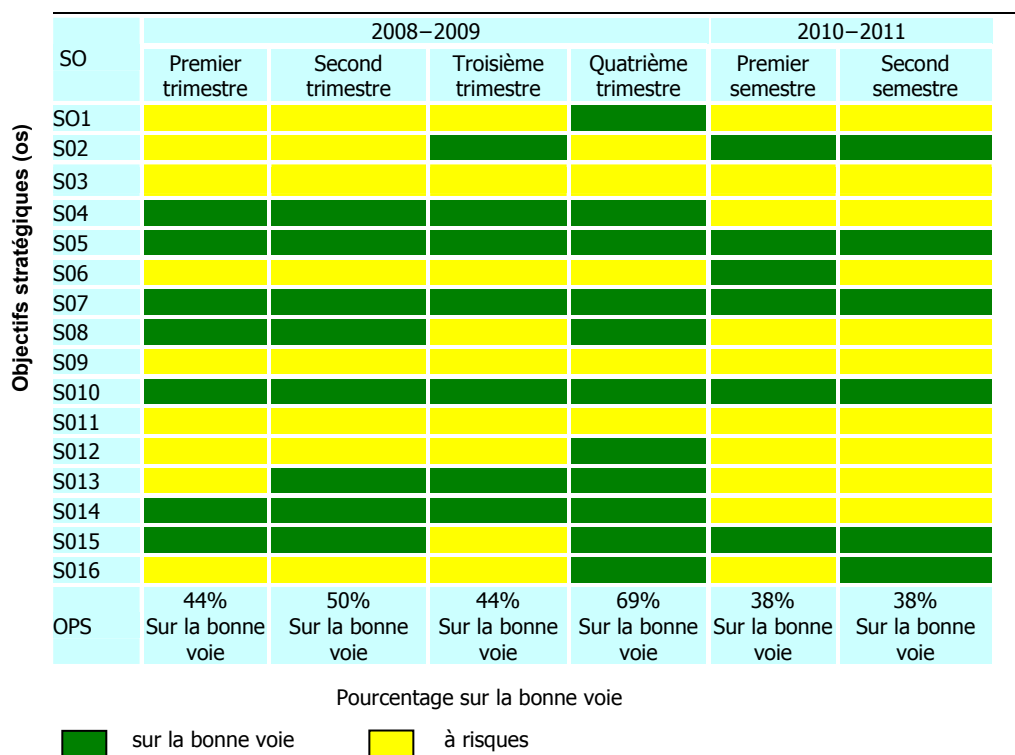
92. La section suivante et les figures à l'appui présentent les principaux résultats des exercices PMA pour le dernier exercice biennal et pour l'évaluation à mi-parcours de 2010-2011. Cette évaluation a porté sur les 69⁵ entités du BSP et sur les 16 OS, 90 RER et 256 indicateurs RER du Plan stratégique.

Progrès en vue d'atteindre les objectifs stratégiques (OS)

93. La figure 14 indique la performance des OS depuis le début du Plan stratégique (2008–2009), jusqu'au second semestre de l'exercice biennal actuel de 2010-2011. La figure montre qu'à la fin du second semestre de l'exercice biennal actuel, 6 OS (38%) étaient notés comme étant sur la bonne voie (vert) et 10 (62%) comme étant à risque (jaune). Aucun OS n'était marqué comme étant en problème (rouge). S'il existe une tendance à la hausse du nombre des OS notés à risque, une analyse détaillée des RER et des indicateurs RER révèle pourtant une amélioration du taux d'exécution en 2010 (figures 17 et 18).

⁵ Depuis décembre 2008 le nombre des entités a été réduit, passant de 79 à 69 suite à la fusion de certaines d'entre elles.

Figure 14. Progrès vers la réalisation des objectifs stratégiques, 2008–2009 à décembre 2010

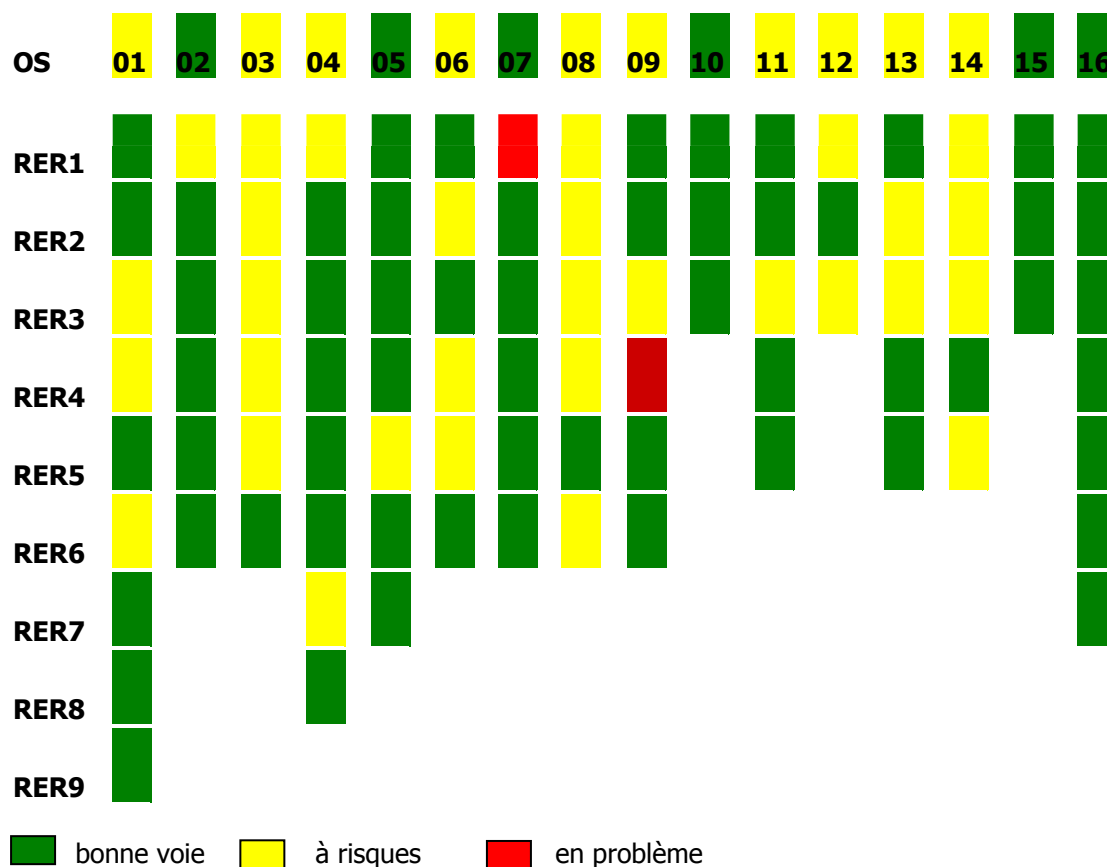


OS1 – maladies contagieuses
 OS2 – VIH/sida, TB et paludisme
 OS3 – maladies chroniques non transmissibles
 OS4 – santé maternelle, infantile, des adolescents et des personnes âgées
 OS5 – urgences et catastrophes
 OS6 – promotion de la santé et facteurs à risques
 OS7 – déterminants sociaux et économiques de la santé
 OS8 – contextes plus sains

OS9 – nutrition, sécurité et sûreté des aliments
 OS10 – services de santé
 OS11 – leadership et gouvernance des systèmes de santé
 OS12 – technologies & produits médicaux
 OS13 – ressources humaines pour la santé
 OS14 – protection sociale et financement
 OS15 – leadership et gouvernance de l'OPS/OMS
 OS16 – organisation souple et d'apprentissage

94. La figure 15 indique le statut des résultats escomptés à l'échelle de la Région, à la fin du second semestre (décembre 2010) de l'exercice biennal 2010-2011. On peut constater que seuls deux RER étaient en problème (rouge) : intégration des déterminants de la santé dans les politiques et normes nationales (RER 7.1) et formulation et mise en œuvre des plans nutritionnels (RER 9.4). Des efforts sont en train d'être faits sur ces RER pour améliorer leur performance et vérifier qu'ils sont atteints à la fin du cycle annuel de planification.

Figure 15. Classement dans les Objectifs stratégiques et les Résultats escomptés à l'échelle de la Région, suivi et évaluation de la performance du second semestre 2010-2011



95. Les figures 16 et 17 indiquent que le taux d'exécution des RER et indicateurs RER respectivement, s'est améliorée entre le premier semestre et le second semestre de l'exercice biennal.

Figure 16. Progrès en vue d'atteindre les RER, PMA 2010–2011, premier et second semestres

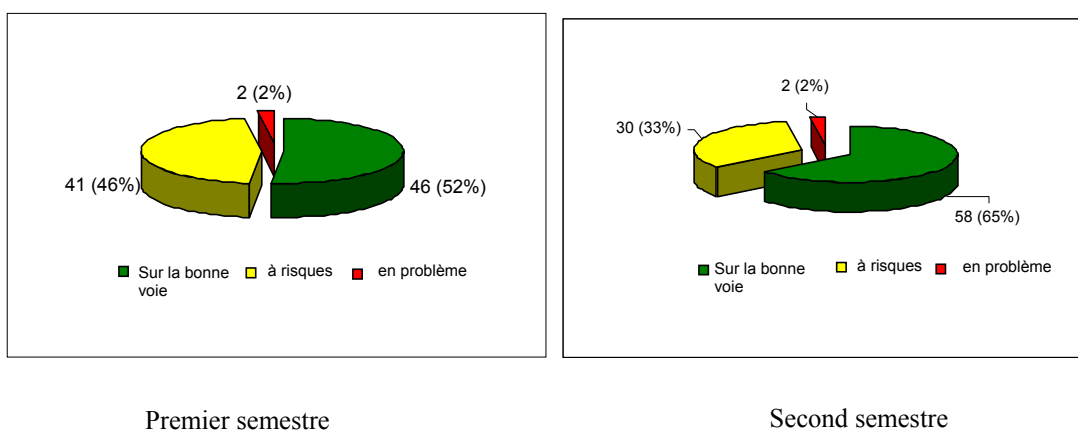
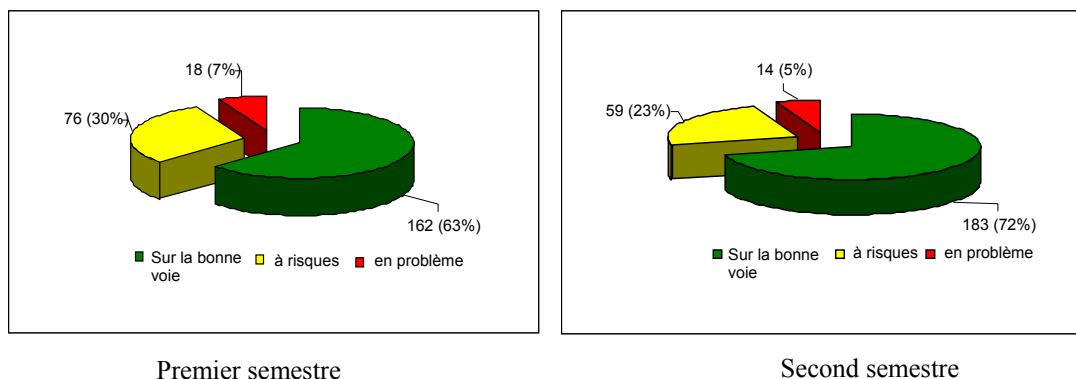


Figure 17. Progrès faits pour atteindre les cibles d'indicateurs RER, 2010–2011, premier et second semestres



96. Les principaux accomplissements sous chaque OS, jusqu'en décembre 2010, sont décrits ci-après et l'Annexe 4 présente une analyse complète des OS, RER et indicateurs RER.

OS1 – Maladies transmissibles

- a) Tous les pays ont préparé un plan d'action pour renforcer l'immunisation et la surveillance épidémiologique dans les municipalités et parmi les groupes de population avec une faible couverture et un accès difficile aux services de santé.
- b) Les pays des Amériques ont interrompu avec réussite la transmission endémique de la rougeole et de la rubéole et sont en train de réunir les preuves nécessaires pour démontrer l'élimination de ces maladies. Un Comité d'experts internationaux a été mis sur pied pour vérifier l'élimination de ces maladies au niveau régional d'ici 2012.
- c) Quinze pays de la Région ont introduit le vaccin contre le rotavirus dans leur programme systématique, dix huit ont introduit le vaccin antipneumococcique et cinq ont introduit des vaccins anti-VPH dans leur programme national de vaccination.
- d) Une réponse efficace a été mise en place face aux flambées de cas causées par des maladies de préoccupation internationale, aux termes du RSI, comme la dengue dans plusieurs pays d'Amérique centrale et des Caraïbes, la peste pneumonique au Pérou et le choléra en Haïti.
- e) Tous les États Membres ont mis en places des procédures opérationnelles normalisées dans le cadre de leurs plans nationaux d'état de préparation des pays face à la pandémie de la grippe (NIPPP) pour les équipes nationales de réponses rapides.
- f) Trente-quatre pays ont achevé l'évaluation de la surveillance épidémiologique et sont en train de mettre en place les capacités de base répondant aux conditions de surveillance et de riposte établies par le Règlement sanitaire international (RSI 2005). De plus, les mécanismes d'intégration sous-régionaux (comme CARICOM, SICA/COMISCA, CAN, MERCOSUR et UNASUR) ont adopté comme but de développement commun la mise en œuvre du RSI dans leur pays respectif.
- g) Il existe un engagement dans toute la Région visant à mettre en œuvre lors de la présente période biennale les plans nationaux de lutte ou d'élimination des maladies tropicales négligées (MTN) au-delà des quatre pays ciblés (Brésil, Haïti, Honduras et République

dominicaine). Le Brésil et le Mexique ont formulé des plans intégrés pour le contrôle et l'élimination de multiples MTN. La Banque interaméricaine de développement (BID), le Réseau mondial de lutte contre les maladies tropicales négligées/Sabin Vaccine Institute et l'OPS ont soutenu leur mise en œuvre dans des zones de démonstration. Le Guyana, le Honduras, la République dominicaine et le Suriname ont mis en place des initiatives assurant la transition entre les politiques et la mise au point de plans d'action intégrés dans la lutte contre les MTN.

- h) La Région a fait un grand pas en avant vers l'élimination et le contrôle de la maladie de Chagas et de ses principaux vecteurs :
 - i. En 2010, le Honduras et le Nicaragua ont interrompu la transmission de *Trypanosoma cruzi* par *Rhodnius prolixus* et le Costa Rica a certifié l'élimination de *Rhodnius prolixus*. L'absence de transmission de *Trypanosoma cruzi* a été revalidé par le Belize. En 2009, l'élimination de *Rhodnius prolixus* a été atteinte au Salvador et dans les états de Chiapas et Oaxaca au Mexique, ce qui représente l'élimination du principal vecteur en Amérique centrale et dans le Sud du Mexique. De plus, la transmission de *Trypanosoma cruzi* par *Triatoma infestans* a été interrompue à Moquegua au Pérou.
 - ii. Vingt des vingt-un pays où la maladie de Chagas est endémique ont adopté le dépistage universel de *Trypanosoma cruzi* dans leur banque de sang.
- i) La Région continue à bien progresser vers l'élimination de l'onchocercose : élimination de la transmission de l'onchocercose dans deux foyers au Guatemala (Escuintla et Santa Rosa) et interruption de la transmission dans le foyer du Chiapas nord au Mexique et le foyer Nord-central au Venezuela. Une surveillance post-traitement est assurée dans cinq foyers : Oaxaca et Chiapas sud au Mexique, Huehuetenango au Guatemala et dans chacun des foyers en Colombie et en Équateur.
- j) Le Ministère de la Santé en Haïti, en collaboration avec les partenaires, ont traité trois millions de personnes avec deux médicaments utilisés pour éliminer la transmission de la filariose lymphatique, alors même que le pays avait été durement éprouvé par le tremblement de terre dévastateur de janvier 2010 et l'épidémie du choléra.

OS2 – VIH/sida, tuberculose et paludisme

- a) Le 50^e Conseil directeur a approuvé (septembre 2010) la stratégie et le plan d'action pour l'élimination de la transmission mère-à-enfant du VIH et de la syphilis congénitale.
- b) Des réductions de prix allant jusqu'à 20% ont été obtenus pour les antirétroviraux (ARV) combattant le VIH/sida (gamme de prix la plus faible à l'heure actuelle) qui ont été achetés par le biais du mécanisme d'achat consolidé par l'intermédiaire du Fonds stratégique de l'OPS. Ce mécanisme contribue à assurer l'accès équitable et le prix abordable des ARV dans la Région.
- c) La Région continue à progresser vers la réduction de la morbidité et de la mortalité imputables au paludisme. En 2009, le nombre de cas notifiés a baissé de 52% (565 025 comparés à 1 182 866 en 2000) et le nombre de décès a été réduit de 61% (144 comparés à 371 en 2000). Parmi les 21 pays où le paludisme était endémique dans la Région, 18 ont assisté à une diminution des cas en 2009 par rapport à 2000 ; huit d'entre eux ont indiqué des réductions de plus de 75%, et ils ont donc atteint aussi bien les buts de l'Initiative Faire reculer le paludisme (RBM) que les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ; quatre pays avec des réductions allant de 50% à 75%, ont également atteint les buts de RBM.

- d) La surveillance de la résistance aux antipaludiques a été renforcée dans la Région par le biais des efforts du Réseau de l'Amazonie pour la surveillance de la résistance aux antipaludiques/Initiative amazonienne contre le paludisme (RAVREDA/AMI), qui intervient en Bolivie, au Brésil, en Colombie, en Équateur, en Guyana, au Suriname et au Pérou.
- e) Des ressources du Fonds mondial de l'ordre de \$317 millions ont été engagées depuis 2003 dans la lutte antipaludique dans la Région. Sur les 21 pays d'endémie, 13 ont bénéficié de ces fonds par le biais de subventions individuelles ou d'un projet conjoint. En date de mai 2011, les Amériques comptaient 12 subventions actives du paludisme dans 11 pays, d'un montant signé ou engagé de \$140 millions et d'un budget total de \$250 millions.
- f) La Région des Amériques a atteint les cibles des OMD se rapportant à la tuberculose, réduisant la mortalité et la prévalence et diminuant l'incidence ; 23 pays ont atteint leurs objectifs nationaux et 7 en plus sont en bonne voie de les atteindre d'ici 2015.
- g) Le plan régional de prise en charge de la tuberculose résistante à de multiples médicaments (MDR TB) est utilisé comme modèle pour la formulation de plans nationaux dans la Région, avec 14 pays mettant déjà en œuvre leurs plans nationaux visant à étendre la prise en charge programmatique de la MDR TB. Chose importante, environ 50% de cas de MDR ont été diagnostiqués et traités.
- h) La couverture du dépistage du VIH chez les patients atteints de TB s'est étendue : 73% des cas de TB-VIH reçoivent un traitement par ARV.
- i) Les actions de lutte anti-tuberculose parmi les populations vulnérables ont pris de l'essor : tous les pays prenant les mesures nécessaires pour lutter contre la tuberculose dans les prisons. On note également des expériences réussies de lutte contre la tuberculose parmi les populations autochtones dans cinq pays.
- j) Depuis la création du Fonds mondial, l'OPS a soutenu l'accès des pays aux ressources et leur gestion des subventions. Le Fonds mondial a approuvé \$307 millions de 28 subventions de la tuberculose dans 14 pays. Actuellement, les Amériques comptent 20 subventions actives dans 15 pays avec un montant engagé de \$174 063 310 et un budget total de \$255 899 852.

OS3 – Maladies chroniques non transmissibles

- a) Les ministères de la santé de la Région, travaillant avec leurs principaux partenaires, sont arrivés à un consensus et ont adopté une déclaration régionale sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles. La déclaration fait état de la position de la Région en guise de préparation du Sommet des Nations Unies de 2011 sur les MCNT. Le Sommet soulignera à nouveau l'importance de traiter ces maladies et les problèmes qui s'y rapportent dans les programmes de santé nationaux, régionaux et mondiaux.
- b) En septembre 2010, le 50^e Conseil directeur a adopté la résolution sur la santé, la sécurité humaine et le bien-être.
- c) Sept pays ont mis en œuvre des directives pour l'évaluation des programmes d'invalidité.
- d) Une analyse a été faite de la santé buccale sur l'ensemble de la Région.
- e) Six pays de la Région ont mis en œuvre l'initiative Communautés exemptes de caries dentaires (financée par Colgate).

OS4 – Santé maternelle, infantile, des adolescents et des personnes âgées

- a) En 2010, la Région a continué de faire des progrès au niveau de la réduction de la mortalité infantile et juvénile, la faisant passer de 20,6 pour 1000 naissances vivantes en 2009 à 19,7 en 2010.
- b) La prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) a été étendue à 6 pays comptant les populations les plus vulnérables et des zones importantes de population autochtone.
- c) Dix huit pays ont démarré une initiative régionale inter organisations sur la maternité sans risques.
- d) Dix sept pays ont formulé des plans d'action nationaux pour la santé néonatale, dans le cadre de la continuité des soins de santé.
- e) De pair avec des partenaires stratégiques (organismes des Nations Unies, société civile et universités), l'OPS a mis au point un nouveau cadre de prise en charge intégrée de la santé infantile.
- f) Un cadre conceptuel a été mis au point sur une vie saine et ses conséquences en santé publique.
- g) Onze pays ont mis en œuvre le Plan régional du vieillissement en bonne santé.
- h) Cinq pays ont mis au point des programmes axés sur des groupes de jeunes autochtones.

OS5 – Urgences et catastrophes

- a) Trente-un pays ont mis à jour leurs plans nationaux de préparation et de réponses aux catastrophes.
- b) Le 50^e Conseil directeur a approuvé le Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux en septembre 2010.
- c) Plus de la moitié des pays de la Région ont exécuté les plans de sécurité des hôpitaux. Un index séparé a été mis au point pour la sécurité des petits établissements sanitaires.
- d) L'OPS a pris les mesures efficaces qui s'imposaient en réponse aux tremblements de terre en Haïti et au Chili.

OS6 – Promotion de la santé et facteurs risques

- a) Le 50^e Conseil directeur a approuvé la Stratégie régionale sur l'utilisation de substances psychoactives (septembre 2010).
- b) Vingt-huit pays ont ratifié la Convention-Cadre de l'OMS sur la lutte antitabac (FCTC) et neuf ont approuvé une législation nationale interdisant de fumer dans les lieux publics et sur les lieux du travail conformément à la Convention-Cadre de l'OMS.
- c) Quatorze pays des Caraïbes et six pays d'Amérique latine ont intégré les indicateurs normalisés des maladies chroniques non transmissibles dans leur système national d'information sanitaire et deux sous-régions (CARICOM et MERCOSUR) les ont intégrés à l'analyse de leur situation sanitaire.
- d) Un Réseau régional de la santé des consommateurs a été mis place par l'OPS en collaboration avec l'OEA.

- e) L'OPS a mis au point une stratégie et un plan d'action régionaux en santé urbaine qui sera présenté, aux fins d'approbation, au Comité exécutif et au Conseil directeur en 2011.
- f) Le 50^e Conseil directeur (septembre 2010) a approuvé la Stratégie régionale sur l'utilisation de substances psychoactives et la santé publique. L'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé la stratégie mondiale sur l'usage nocif de l'alcool en 2010 avec la participation des pays de la Région.
- g) Trois pays des Amériques (Brésil, Chili et Mexique) ont démarré des programmes pour lutter contre l'impact négatif du marketing des aliments pour les enfants et la vente d'aliments à faible valeur nutritive pour les enfants.
- h) L'initiative, « Recreational Ciclovías », démarrée en Amérique latine, est connue à présent dans le monde entier après être devenue un symbole de la célébration de la journée mondiale de la santé le 6 avril 2010.

OS7 – Déterminants sociaux et économiques de la santé

- a) Dix-neuf pays produisent et rassemblent des données désagrégées sur la santé et ses déterminants, surtout la désagrégation géo-administrative et la désagrégation géopolitique et les indicateurs supplétifs de la position socioéconomique et les classes sociales.
- b) Le 50^e Conseil directeur a approuvé un document conceptuel sur la santé et les droits humains et a adopté une résolution à cet effet (CD50 R8). C'est le premier mandat intergouvernemental au sein de l'OPS/OMS qui fixe des mesures concernant l'utilisation des instruments de droits humains pour réformer les systèmes de santé.
- c) L'Argentine a adopté une législation nationale sur la santé mentale (décembre 2010). Cette législation intègre tous les traités et normes universels et régionaux sur les droits humains dans le domaine de la santé mentale et de l'invalidité auxquels ce pays est partie prenante, conformément aux traités des Nations Unies et de l'OEA.
- d) Sept pays ont formulé des plans pour intégrer davantage les questions relevant de l'équité entre les genres au sein de leurs ministères de la santé, notamment les questions liées à la formation, l'amélioration des systèmes d'information et la mise sur pied des groupes intersectoriels afin de soutenir les ministères.
- e) Quatre pays des Caraïbes orientales ont adopté l'initiative Visages, voix et lieux. L'initiative est également mise en œuvre dans les communautés du Chaco (territoire transnationale en Amérique du Sud) par le biais de la coopération technique entre l'Argentine, la Bolivie et le Paraguay.

OS8 – Environnement plus sain

- a) Préparation d'un document de synthèse au niveau régional servant à la formulation de politiques reposant sur des bases scientifiques pour traiter la question de l'eau en tant que droit humain.
- b) L'Équateur a signé la Convention-cadre des Nations Unies sur le changement climatique lors de la 16^e Conférence des Parties (UNFCCC/CO16) témoignant de l'engagement pris par ce pays pour traiter le changement climatique. La Bolivie a inclus la santé à son plan national d'adaptation au changement climatique.
- c) Belize, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua et Panama ont procédé au réemballage et stockage dans les mesures de sécurité qui s'imposent leur stocks de DDT.

OS9 – Nutrition, sûreté alimentaire et sécurité alimentaire

- a) Le 50^e Conseil directeur a approuvé la Stratégie et le Plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique (septembre 2010).
- b) L'Alliance panaméricaine de la nutrition et du développement a été consolidée et travaille dans trois pays.
- c) L'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le rapport d'avancement et la résolution sur la nutrition du nourrisson et du jeune enfant et a adopté une résolution à cet égard en 2010 ; la Région des Amériques y a fait une contribution notable.
- d) L'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution sur la sûreté alimentaire en 2010. La Région des Amériques a fait une contribution importante à cette résolution et les pays sont en train de mettre en œuvre des directives et normes à jour sur la sûreté des aliments.

OS10 – Services de santé

- a) Trente des pays de la Région mettent en œuvre des réformes pour renforcer leurs systèmes de santé en fonction de la déclaration et des promesses de Montevideo en 2005, signée par tous les pays en vue de renforcer les systèmes de soins de santé primaires.
- b) Sept pays ont formulé des politiques et programmes nationaux pour la mise en place de réseaux intégrés de services de santé (suivant la Résolution CD49.R22).
- c) Le Plan stratégique régional sur la qualité des soins et la sécurité des patients a été mis en œuvre ; trois pays ont donné la plus haute priorité à la qualité des soins et à la sécurité des patients, trois pays utilisent les listes de contrôle des chirurgies et un pays a standardisé à l'ensemble du pays le programme Soins propres égal soins sûrs.
- d) La méthodologie de gestion productive pour les services de santé est appliquée sur l'ensemble de la Région.

OS11 - Leadership et gouvernance des systèmes de santé

- a) La plateforme d'informations sanitaires de l'OPS (PHIP) et l'Observatoire régional de la santé ont été mis en place et fonctionnent.
- b) Quinze pays ont adopté des processus pour renforcer la couverture et la qualité de leurs systèmes d'informations sanitaires ; vingt sept pays vont de l'avant avec l'Initiative régionale des données sanitaires de base et des profils de pays, dix pays ont mis à jour tous les deux ans l'analyse de leur situation sanitaire et trente-six pays et territoires font un suivi des OMD liés à la santé.
- c) La politique de recherche en santé de l'OPS est mis en œuvre, notamment la cartographie des systèmes nationaux de recherche, mise en place d'initiatives et outils pour le transfert des connaissances, formulation de politiques et plans de recherche nationaux et participation accrue des pays de la région au registre international des essais cliniques.

OS12 – Technologies et produits médicaux

- a) Le 50^e Conseil directeur a adopté la résolution sur le renforcement des autorités réglementaires nationales (septembre 2010).

- b) Trois laboratoires de contrôle de la qualité des médicaments dans la Région ont été préqualifiés comme laboratoires de référence pour les Nations Unies.
- c) En Haïti, les médicaments sont distribués par l'intermédiaire de PROMESS, qui a traité 700 000 cas graves de choléra et 130 000 cas modérés. De plus, 6000 unités de globules rouges ont été fournies au Programme national de dons de sang et 8 unités de radiographie ont été installées avec formation apportée au personnel portant sur son utilisation.
- d) Vingt-trois pays participent au Fonds stratégique de l'OPS et un montant record de \$31 millions en médicaments essentiels a été acheté pour 15 États Membres par l'intermédiaire du Fonds.
- e) La plateforme régionale a été démarré sur l'innovation, la recherche, le développement, la production et l'utilisation de médicaments et de technologies médicales.
- f) Deux sous-régions ont mis à jour des politiques pharmaceutiques, deux pays ont adopté la stratégie régionale pour l'utilisation rationnelle des médicaments et deux autres pays sont sur le point de le faire.
- g) Les services radiologiques ont été évalués dans quatre pays.
- h) En Amérique latine et aux Caraïbes, 99,97 % des dons de sang ont fait l'objet d'un dépistage pour le VIH et l'hépatite B et C.

OS13 – Ressources humaines pour la santé

- a) Une évaluation initiale des 20 buts régionaux pour les ressources humaines de la santé 2007-2015 (conformément à CSP27.R7) a été faite au niveau des pays en Afrique du Sud et aux Caraïbes et les résultats sont utilisés pour informer les décisions concernant les politiques.
- b) La stratégie sur le développement des compétences du personnel de santé dans les systèmes fondés sur les soins de santé primaires (Résolution CD50.R7) a été approuvée par le 50^e Conseil directeur.
- c) Le développement des ressources pédagogiques pour les ressources humaines en santé a été élargi au moyen du campus virtuel de la santé publique (VCPH), les cours en ligne (par exemple, les 15 tutoriels régionaux qui ont été réalisés et les 896 professionnels qui ont été formés) et la participation accrue au programme des Leaders en santé internationale.

OS14 – Protection sociale et financement.

- a) La revue, l'expansion ou la création de la protection sociale financée publiquement dans les plans de santé (assurance sanitaire sociale/assurance publique) tiennent une part de plus en plus importante dans les politiques et les stratégies de santé ainsi que dans les réformes du secteur de la santé mises en œuvre actuellement au Chili, en Colombie, au Costa Rica, en Équateur, à El Salvador, au Guatemala, en Haïti, au Pérou, en République dominicaine et en Uruguay.
- b) Onze des pays de la Région ont mis en place des unités ou départements spécialisés en économie de la santé, ce qui aide à améliorer le travail des ministères chargés de l'évaluation de la viabilité et de la performance des mécanismes de financement de la santé.

- c) Deux des pays de la Région ont achevé leurs évaluations de l'impact sur la pauvreté des dépenses que font les ménages de leur poche en cas d'urgence en santé, utilisant le cadre d'évaluation de l'OPS (niveaux de pauvreté ajustés pour tenir compte de la santé).
- d) Dix des pays de la Région ont dépassé la cible de 6% du PIB consacrés à la santé et neuf ont des systèmes nationaux de soins de la santé qui fournissent une couverture universelle. Les cibles d'accroissement des dépenses publiques en tant que pourcentage du PIB passant à au moins 6% du PIB sont comprises dans les dialogues et les débats de politiques sur le financement de la couverture universelle dans tous les pays. Quatre pays ont des cibles à moyen terme des dépenses publiques en tant que pourcentage du PIB qui sont comprises dans leur réforme du système national de santé ou dans les plans visant à atteindre la couverture universelle.
- e) Quinze pays se sont donnés une production périodique des comptes nationaux de dépenses de la santé (NHEA) et/ou des comptes satellites de la santé (HSA) harmonisés avec le système des Nations Unies des comptes nationaux (UN-SNA).

OS15 – Leadership et gouvernance de l'OPS/OMS.

- a) Présence rehaussée de l'OPS dans les réunions internationales de haut niveau, par exemple le Groupe des directeurs régionaux de l'ONU (UNDG-LAC), et de la BID (réunion du conseil annuel et réunion de l'Interamerican Investment Corporation).
- b) Les instruments du dialogue des politiques font l'accord de principaux partenaires (Canada, États-Unis et Espagne) qui focalisent les synergies pour arriver à une plus grande efficacité et combler ainsi les lacunes du Plan stratégique de l'OPS.
- c) Le mécanisme du Forum des partenaires a été revitalisé, et donne ainsi l'occasion de continuer à forger des partenariats au sein du mécanisme des multiples partenaires.
- d) Les ressources mobilisées couvraient 55% des lacunes du financement du budget-programme 2010-2011 à mi-parcours de la période biennale, le 31 décembre 2010.
- e) Des stratégies de coopération avec les pays ont été mises au point dans 32 pays et territoires.
- f) Deux stratégies de coopération sous-régionales ont été mises au point (sous-régions des Andes et des Caraïbes).

OS16 – Organisation souple et d'apprentissage

- a) Le 50^e Conseil directeur a approuvé le cadre RBM de l'OPS en septembre 2010.
- b) Les états financiers pour 2010 ont été les premiers terminés avec les normes IPSAS.
- c) Plus de 80% des entités du BSP sont arrivées à 75% ou plus de la mise en œuvre programmatique et budgétaire à la fin de la première année des plans de travail biennaux de 2010–2011.
- d) Le tableau de bord du suivi et de l'évaluation de la performance a été achevé.
- e) Les contributions volontaires flexibles, celles qui ne sont pas désignées à des fins spécifiées, ont augmenté et sont passées à 21%, alors qu'elles étaient de 11% en 2009.
- f) Sur l'ensemble des plans d'apprentissage pour les ressources humaines, 90% ont été mis au point et approuvés par la direction exécutive du BSP.
- g) Les fonds des contributions volontaires rendus aux partenaires ont été diminués à 0,25% des ressources générales (en dessous de la cible de 0,7 pour la fin de 2011).

- h) Le premier rapport intérimaire sur l'exécution du Plan stratégique 2008–2012 a été présenté au 50^e Conseil directeur (septembre 2010).

Exécution budgétaire

97. L'exécution budgétaire totale en 2008–2009 était de \$525 millions (94% des \$559 millions disponibles pour l'exercice biennal) (voir tableau 10). Il s'agit d'une augmentation significative comparée au taux d'exécution moyen des deux derniers exercices biennaux (79%). L'exécution au niveau organisationnel a constamment dépassé 90%.

98. Le taux d'exécution des OS (89%), comparé à la moyenne historique de 69%, témoigne de la programmation améliorée des ressources nécessaires pour l'exercice biennal, quelle que soit la disponibilité des fonds pour la durée entière des projets. Cela permet aux fonds des « autres sources », surtout les contributions volontaires, d'être alignés sur le cycle de planification biennale.

Tableau 11. Exécution budgétaire par niveaux organisationnels et sources de fonds, fin de l'exercice biennal, 2008–2009

Niveau organisationnel	Fonds disponibles pour l'exercice biennal (milliers États-Unis)			Dépenses (milliers des États-Unis)			Taux d'exécution (%)		
	BO	OS	Total	BO	OS	Total	OB	OS	Total
Pays	103 965	119 968	223 933	103 241	103 935	207 176	99	87	93
Sous-régional	15 276	14 576	29 852	15 116	13 428	28 544	99	92	96
Régional	158 823	146 132	304 955	157 672	131 606	289 278	99	90	95
Total	278 064	280 676	558 740	276 029	248 969	524 998	99	89	94

Note : Les chiffres ne comprennent pas les fonds des projets internes financés par le gouvernement, le Fonds renouvelable, le Fonds stratégique ou autre fonds qui ne finance pas directement le fonds stratégique.

99. A la fin du second semestre de l'exercice biennal 2010–2011 (décembre 2010), le taux d'exécution budgétaire général de l'Organisation (fonds décaissés divisés par fonds disponibles) était de 46% (\$219 millions de \$482 millions), indiquant ainsi que le BSP exécute ses fonds à un rythme approprié (tableau 11). Si ce taux d'exécution se maintient, le taux moyen d'exécution biennale sera atteint à la fin de l'exercice biennal.

Tableau 12. Exécution budgétaire, par source de fonds, au 31 décembre 2010

Type de financement	Total fonds disponibles	% exécuté
Budget ordinaire	\$287 100 000	40%
Autres Sources	\$194 761 974	54%
Total	\$481 861 974	46%

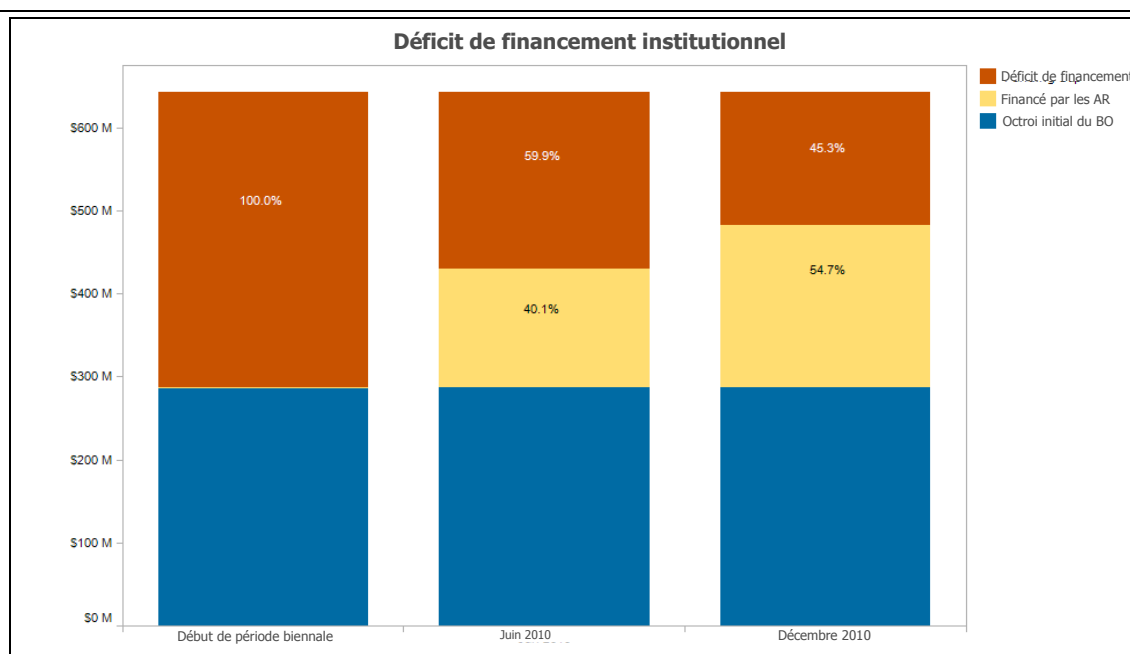
Statut du déficit de financement

100. Le déficit de financement est la différence entre le coût planifié et le total des crédits alloués (fonds du budget ordinaire et fonds des autres sources) à n'importe quel moment de la période de planification. Cette analyse peut être faite pour déterminer les ressources nécessaires

pour le PTB d'une entité, pour le BSP dans son entier ou pour un OS particulier. Ce déficit de financement devient ensuite la priorité de la mobilisation des ressources de l'Organisation.

101. La figure 18 montre comment le déficit de financement institutionnel de l'OPS a été réduit pendant les deux premiers semestres de la période biennale de 2010-2011. En date de décembre 2010, 55% (\$194,8 millions) du déficit de financement (\$355,85 millions) était couvert.

Figure 18.
Statut du déficit de financement institutionnel de l'OPS, exprimé en pourcentage du
déficit de financement initial, en décembre 2010.
Exercice biennal 2010-2011



	Début de l'exercice biennal	Premier semestre	Second semestre
Budget ordinaire	287 100 000	287 100 000	287 100 000
Ressources mobilisées^a	0	142 817 000	194 761 974
Déficit de financement	355 851 000	213 033 569	161 089 026
Total coût planifié	642 951 000	642 951 000	642 951 000

^a Exclut les projets internes financés par les gouvernements, les fonds pour les épidémies et les crises.

SIGLES

AMRO	Bureau régional pour les Amériques/Organisation mondiale de la Santé
AMS	Assemblée mondiale de la Santé
AS	Autres sources
BO	Budget ordinaire
BSP	Bureau sanitaire panaméricain
CAN	Communauté des nations andines
CARICOM	Communauté des Caraïbes
CFPI	Commission de la fonction publique internationale des Nations Unies
COMISCA	Conseil des ministres de la santé de l'Amérique centrale
CV	Contributions volontaires
ETP	Equivalent à temps plein
GFR	Gestion fondée sur les résultats
MERCOSUR	Marché commun du Sud
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
OS	Objectif stratégique
PDD	Poste à durée déterminée
PTB	Plan de travail biennal
RER	Résultats escomptés à l'échelle de la Région
RPBP	Politique du budget et programme régional
SICA	Système d'intégration de l'Amérique centrale
SPBA	Sous-comité de programme, du budget et de l'administration
UNASUR	Union des Nations du Sud

GLOSSAIRE

Dollars courants

Valeur du dollar sans ajustement pour tenir compte de l'effet de l'inflation ou de la déflation.

Dollars constants

Mesure de la valeur du dollar dans le temps, ajustée pour tenir compte de l'inflation ou de la déflation.

Budget des postes à durée déterminée

Coût associé au financement des postes à durée déterminée dans le budget ordinaire de l'OPS/OMS.

Budget des postes à durée non déterminée

Le budget hors PDD comprend tous les autres coûts qui ne sont pas liés aux postes de durée déterminée. S'agissant de :

(a) Activités hors PDD : coût des programmes et activités opérationnelles : dépenses pour les déplacements, réunions, publications, cours et séminaires et opérations générales.

(b) Personnel hors PDD : coût du personnel du BSP recruté par le biais d'un mécanisme autre que les postes à durée déterminée.

Déficit de financement

Le déficit de financement est la différence entre le coût planifié et le total des fonds octroyés (budget ordinaire et fonds d'autres sources) à un moment donné de la période de planification. Cette analyse peut être faite pour déterminer les ressources nécessaires pour le PTB d'une entité, le BSP dans son entier ou pour un objectif stratégique. Cet écart de financement devient la priorité de la mobilisation des ressources de l'Organisation.

Déficit initial non financé

Différence entre les coûts planifiés pour exécuter le PTB et l'affectation initiale (aussi bien du budget ordinaire que des autres sources) pour une entité donnée ou un objectif stratégique (OS) au début de la période planifiée.

Équivalent à temps plein (ETP)

Mesure du travail du personnel équivalent à une personne travaillant à plein temps pendant une année. Moyen de mesurer la main-d'œuvre totale du BSP, y compris les postes à durée déterminée (PDD) financés par le budget ordinaire (BO) et autres sources, ainsi que les autres personnels recrutés par le biais de mécanismes différents que les PDD.

Efficience du personnel

Dépenses du personnel exprimées en pourcentage des dépenses totales.

Part d'AMRO

Portion du budget ordinaire de l'OMS approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé pour la Région des Amériques.

Postes à durée déterminée (PDD)

Positions du BSP d'une durée fixée, conformément aux réglementations des ressources humaines de Nations Unies. Les PDD peuvent être financés par le budget ordinaire ou autres sources.

Postes à durée non déterminée

Personnel du BSP recruté par le biais d'un mécanisme autre que les postes à durée déterminée.

Productivité du personnel

Dépenses totales de l'OPS/OMS par année (rendement brut) en dollars constants par équivalent à temps plein.

Ressources mobilisées

Fonds des autres sources destinés à combler un déficit non financé pour une entité donnée ou un OS à un moment donné. Il peut s'agir des contributions volontaires que l'OPS reçoit suite aux négociations directes avec des donateurs ou tout autre type de fonds mobilisés pour la mise en œuvre des plans de travail, comme les fonds générés pour le soutien au programme, ou les crédits du Fonds d'investissement.

Taux d'exécution financière

Décaissement total divisé par l'affectation totale de l'ensemble des ressources.

ANNEXES

ANNEXES 1–4

**Effet net des contributions proposées et des affectations du budget
ordinaire par pays**

ANNEXE 5

**Analyse programmatique et budgétaire par objectif stratégique
Évaluation fin 2010**

Annexe 1
Scénario A (augmentation de 10,5% dans les contributions fixées)
Effet net des contributions fixées proposées
et affectations au budget ordinaire par pays

États Membres	Contributions fixées			Affectations par pays			Effet net
	2010-2011	2012-2013	Différence	2010-2011	2012-2013	Différence	
Antigua-et-Barbuda	41.008	45.320	4.312	519.000	546.000	27.000	22.688
Argentine	5.985.304	4.960.480	(1.024.824)	3.645.000	3.833.000	188.000	1.212.824
Bahamas	143.528	127.720	(15.808)	937.000	985.000	48.000	63.808
Barbade	111.840	92.700	(19.140)	632.000	665.000	33.000	52.140
Belize	41.008	45.320	4.312	790.000	831.000	41.000	36.688
Bolivie	85.744	100.940	15.196	5.529.000	5.815.000	286.000	270.804
Brésil	14.824.392	20.478.460	5.654.068	11.397.000	11.987.000	590.000	(5.064.068)
Canada	25.650.504	24.662.320	(988.184)	553.000	582.000	29.000	1.017.184
Chili	2.000.072	2.449.340	449.268	2.471.000	2.599.000	128.000	(321.268)
Colombie	1.563.896	2.160.940	597.044	4.593.000	4.830.000	237.000	(360.044)
Costa Rica	348.568	455.260	106.692	2.065.000	2.172.000	107.000	308
Cuba	449.224	376.980	(72.244)	4.232.000	4.451.000	219.000	291.244
Dominique	41.008	45.320	4.312	575.000	605.000	30.000	25.688
El Salvador	195.720	234.840	39.120	3.317.000	3.489.000	172.000	132.880
Équateur	383.984	531.480	147.496	6.624.000	6.967.000	343.000	195.504
Etats-Unis d'Amérique	110.805.480	122.456.700	11.651.220	361.000	380.000	19.000	(11.632.220)
France	538.696	451.140	(87.556)	361.000	380.000	19.000	106.556
Grenade	41.008	45.320	4.312	700.000	736.000	36.000	31.688
Guatemala	348.568	346.080	(2.488)	6.500.000	6.836.000	336.000	338.488
Guyana	41.008	45.320	4.312	2.155.000	2.267.000	112.000	107.688
Haiti	83.880	70.040	(13.840)	5.619.000	5.910.000	291.000	304.840
Honduras	83.880	105.060	21.180	4.954.000	5.210.000	256.000	234.820
Jamaïque	229.272	191.580	(37.692)	2.099.000	2.207.000	108.000	145.692
Mexique	15.174.824	17.058.860	1.884.036	6.827.000	7.180.000	353.000	(1.531.036)
Nicaragua	83.880	70.040	(13.840)	4.435.000	4.664.000	229.000	242.840
Panama	303.832	325.480	21.648	1.602.000	1.685.000	83.000	61.352
Paraguay	231.136	191.580	(39.556)	3.182.000	3.347.000	165.000	204.556
Pays-Bas	167.760	140.080	(27.680)	361.000	380.000	19.000	46.680
Pérou	1.030.792	1.417.280	386.488	6.398.000	6.729.000	331.000	(55.488)
Porto Rico	206.904	173.040	(33.864)	181.000	190.000	9.000	42.864
République dominicaine	383.984	529.420	145.436	3.780.000	3.976.000	196.000	50.564
Royaume-Uni	111.840	94.760	(17.080)	372.000	391.000	19.000	36.080
Saint-Kitts-et-Nevis	41.008	45.320	4.312	463.000	487.000	24.000	19.688
Sainte-Lucie	41.008	45.320	4.312	677.000	712.000	35.000	30.688
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	41.008	45.320	4.312	643.000	676.000	33.000	28.688
Suriname	83.880	70.040	(13.840)	1.117.000	1.175.000	58.000	71.840
Trinité-et-Tobago	283.328	370.800	87.472	1.614.000	1.697.000	83.000	(4.472)
Uruguay	337.384	440.840	103.456	1.332.000	1.400.000	68.000	(35.456)
Venezuela	3.839.840	4.503.160	663.320	3.588.000	3.774.000	186.000	(477.320)
Variable de pays	0	0	0	5.640.000	5.934.000	294.000	294.000
	186.400.000	206.000.000	19.600.000	112.840.000	118.680.000	5.840.000	(13.760.000)

Annexe 2
Scénario B (augmentation de 6,7% dans les contributions fixées)
Effet net des contributions fixées proposées
et affectations au budget ordinaire par pays

États Membres	Contributions fixées			Affectations par pays			Effet net
	2010-2011	2012-2013	Différence	2010-2011	2012-2013	Différence	
Antigua-et-Barbuda	41.008	43.736	2.728	519.000	533.000	14.000	11.272
Argentine	5.985.304	4.787.104	(1.198.200)	3.645.000	3.740.000	95.000	1.293.200
Bahamas	143.528	123.256	(20.272)	937.000	961.000	24.000	44.272
Barbade	111.840	89.460	(22.380)	632.000	648.000	16.000	38.380
Belize	41.008	43.736	2.728	790.000	811.000	21.000	18.272
Bolivie	85.744	97.412	11.668	5.529.000	5.674.000	145.000	133.332
Brésil	14.824.392	19.762.708	4.938.316	11.397.000	11.696.000	299.000	(4.639.316)
Canada	25.650.504	23.800.336	(1.850.168)	553.000	567.000	14.000	1.864.168
Chili	2.000.072	2.363.732	363.660	2.471.000	2.536.000	65.000	(298.660)
Colombie	1.563.896	2.085.412	521.516	4.593.000	4.713.000	120.000	(401.516)
Costa Rica	348.568	439.348	90.780	2.065.000	2.119.000	54.000	(36.780)
Cuba	449.224	363.804	(85.420)	4.232.000	4.343.000	111.000	196.420
Dominique	41.008	43.736	2.728	575.000	591.000	16.000	13.272
El Salvador	195.720	226.632	30.912	3.317.000	3.405.000	88.000	57.088
Équateur	383.984	512.904	128.920	6.624.000	6.797.000	173.000	44.080
Etats-Unis d'Amérique	110.805.480	118.176.660	7.371.180	361.000	371.000	10.000	(7.361.180)
France	538.696	435.372	(103.324)	361.000	371.000	10.000	113.324
Grenade	41.008	43.736	2.728	700.000	718.000	18.000	15.272
Guatemala	348.568	333.984	(14.584)	6.500.000	6.670.000	170.000	184.584
Guyana	41.008	43.736	2.728	2.155.000	2.212.000	57.000	54.272
Haïti	83.880	67.592	(16.288)	5.619.000	5.767.000	148.000	164.288
Honduras	83.880	101.388	17.508	4.954.000	5.084.000	130.000	112.492
Jamaïque	229.272	184.884	(44.388)	2.099.000	2.154.000	55.000	99.388
Mexique	15.174.824	16.462.628	1.287.804	6.827.000	7.006.000	179.000	(1.108.804)
Nicaragua	83.880	67.592	(16.288)	4.435.000	4.551.000	116.000	132.288
Panama	303.832	314.104	10.272	1.602.000	1.644.000	42.000	31.728
Paraguay	231.136	184.884	(46.252)	3.182.000	3.266.000	84.000	130.252
Pays-Bas	167.760	135.184	(32.576)	361.000	371.000	10.000	42.576
Pérou	1.030.792	1.367.744	336.952	6.398.000	6.566.000	168.000	(168.952)
Porto Rico	206.904	166.992	(39.912)	181.000	185.000	4.000	43.912
République dominicaine	383.984	510.916	126.932	3.780.000	3.879.000	99.000	(27.932)
Royaume-Uni	111.840	91.448	(20.392)	372.000	382.000	10.000	30.392
Saint-Kitts-et-Nevis	41.008	43.736	2.728	463.000	475.000	12.000	9.272
Sainte-Lucie	41.008	43.736	2.728	677.000	695.000	18.000	15.272
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	41.008	43.736	2.728	643.000	660.000	17.000	14.272
Suriname	83.880	67.592	(16.288)	1.117.000	1.146.000	29.000	45.288
Trinité-et-Tobago	283.328	357.840	74.512	1.614.000	1.656.000	42.000	(32.512)
Uruguay	337.384	425.432	88.048	1.332.000	1.366.000	34.000	(54.048)
Venezuela	3.839.840	4.345.768	505.928	3.588.000	3.681.000	93.000	(412.928)
Variable de pays	0	0	0	5.640.000	5.790.000	150.000	150.000
	186.400.000	198.800.000	12.400.000	112.840.000	115.800.000	2.960.000	(9.440.000)

Annexe 3

Scénario C (augmentation de 0% dans les contributions fixées)

Effet net des contributions fixées proposées

et affectations au budget ordinaire par pays

États Membres	Contributions fixées			Affectations par pays			Effet net
	2010-2011	2012-2013	Différence	2010-2011	2012-2013	Différence	
Antigua-et-Barbuda	41.008	41.008	0	519.000	503.000	(16.000)	(16.000)
Argentine	5.985.304	4.488.512	(1.496.792)	3.645.000	3.535.000	(110.000)	1.386.792
Bahamas	143.528	115.568	(27.960)	937.000	908.000	(29.000)	(1.040)
Barbade	111.840	83.880	(27.960)	632.000	613.000	(19.000)	8.960
Belize	41.008	41.008	0	790.000	766.000	(24.000)	(24.000)
Bolivie	85.744	91.336	5.592	5.529.000	5.363.000	(166.000)	(171.592)
Brésil	14.824.392	18.530.024	3.705.632	11.397.000	11.053.000	(344.000)	(4.049.632)
Canada	25.650.504	22.315.808	(3.334.696)	553.000	536.000	(17.000)	3.317.696
Chili	2.000.072	2.216.296	216.224	2.471.000	2.397.000	(74.000)	(290.224)
Colombie	1.563.896	1.955.336	391.440	4.593.000	4.454.000	(139.000)	(530.440)
Costa Rica	348.568	411.944	63.376	2.065.000	2.003.000	(62.000)	(125.376)
Cuba	449.224	341.112	(108.112)	4.232.000	4.104.000	(128.000)	(19.888)
Dominique	41.008	41.008	0	575.000	559.000	(16.000)	(16.000)
El Salvador	195.720	212.496	16.776	3.317.000	3.218.000	(99.000)	(115.776)
Équateur	383.984	480.912	96.928	6.624.000	6.424.000	(200.000)	(296.928)
Etats-Unis d'Amérique	110.805.480	110.805.480	0	361.000	350.000	(11.000)	(11.000)
France	538.696	408.216	(130.480)	361.000	350.000	(11.000)	119.480
Grenade	41.008	41.008	0	700.000	679.000	(21.000)	(21.000)
Guatemala	348.568	313.152	(35.416)	6.500.000	6.304.000	(196.000)	(160.584)
Guyana	41.008	41.008	0	2.155.000	2.090.000	(65.000)	(65.000)
Haïti	83.880	63.376	(20.504)	5.619.000	5.450.000	(169.000)	(148.496)
Honduras	83.880	95.064	11.184	4.954.000	4.804.000	(150.000)	(161.184)
Jamaïque	229.272	173.352	(55.920)	2.099.000	2.036.000	(63.000)	(7.080)
Mexique	15.174.824	15.435.784	260.960	6.827.000	6.621.000	(206.000)	(466.960)
Nicaragua	83.880	63.376	(20.504)	4.435.000	4.301.000	(134.000)	(113.496)
Panama	303.832	294.512	(9.320)	1.602.000	1.554.000	(48.000)	(38.680)
Paraguay	231.136	173.352	(57.784)	3.182.000	3.086.000	(96.000)	(38.216)
Pays-Bas	167.760	126.752	(41.008)	361.000	350.000	(11.000)	30.008
Pérou	1.030.792	1.282.432	251.640	6.398.000	6.205.000	(193.000)	(444.640)
Porto Rico	206.904	156.576	(50.328)	181.000	175.000	(6.000)	44.328
République dominicaine	383.984	479.048	95.064	3.780.000	3.666.000	(114.000)	(209.064)
Royaume-Uni	111.840	85.744	(26.096)	372.000	362.000	(10.000)	16.096
Saint-Kitts-et-Nevis	41.008	41.008	0	463.000	449.000	(14.000)	(14.000)
Sainte-Lucie	41.008	41.008	0	677.000	657.000	(20.000)	(20.000)
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	41.008	41.008	0	643.000	624.000	(19.000)	(19.000)
Suriname	83.880	63.376	(20.504)	1.117.000	1.083.000	(34.000)	(13.496)
Trinité-et-Tobago	283.328	335.520	52.192	1.614.000	1.565.000	(49.000)	(101.192)
Uruguay	337.384	398.896	61.512	1.332.000	1.291.000	(41.000)	(102.512)
Venezuela	3.839.840	4.074.704	234.864	3.588.000	3.480.000	(108.000)	(342.864)
Variable de pays	0	0	0	5.640.000	5.472.000	(168.000)	(168.000)
	186.400.000	186.400.000	0	112.840.000	109.440.000	(3.400.000)	(3.400.000)

Annexe 4
Scénario D (augmentation de 4,3% dans les contributions fixées)
Effet net des contributions fixées proposées
et affectations au budget ordinaire par pays

États Membres	Contributions fixées			Affectation par pays			Effet net
	2010-2011	2012-2013	Différence	2010-2011	2012-2013	Différence	
Antigua-et-Barbuda	41.008	42.768	1.760	519.000	519.000	0	(1.760)
Argentine	5.985.304	4.681.152	(1.304.152)	3.645.000	3.645.000	0	1.304.152
Bahamas	143.528	120.528	(23.000)	937.000	937.000	0	23.000
Barbade	111.840	87.480	(24.360)	632.000	632.000	0	24.360
Belize	41.008	42.768	1.760	790.000	790.000	0	(1.760)
Bolivie	85.744	95.256	9.512	5.529.000	5.529.000	0	(9.512)
Brésil	14.824.392	19.325.304	4.500.912	11.397.000	11.397.000	0	(4.500.912)
Canada	25.650.504	23.273.568	(2.376.936)	553.000	553.000	0	2.376.936
Chili	2.000.072	2.311.416	311.344	2.471.000	2.471.000	0	(311.344)
Colombie	1.563.896	2.039.256	475.360	4.593.000	4.593.000	0	(475.360)
Costa Rica	348.568	429.624	81.056	2.065.000	2.065.000	0	(81.056)
Cuba	449.224	355.752	(93.472)	4.232.000	4.232.000	0	93.472
Dominique	41.008	42.768	1.760	575.000	575.000	0	(1.760)
El Salvador	195.720	221.616	25.896	3.317.000	3.317.000	0	(25.896)
Équateur	383.984	501.552	117.568	6.624.000	6.624.000	0	(117.568)
Etats-Unis d'Amérique	110.805.480	115.561.080	4.755.600	361.000	361.000	0	(4.755.600)
France	538.696	425.736	(112.960)	361.000	361.000	0	112.960
Grenade	41.008	42.768	1.760	700.000	700.000	0	(1.760)
Guatemala	348.568	326.592	(21.976)	6.500.000	6.500.000	0	21.976
Guyana	41.008	42.768	1.760	2.155.000	2.155.000	0	(1.760)
Haïti	83.880	66.096	(17.784)	5.619.000	5.619.000	0	17.784
Honduras	83.880	99.144	15.264	4.954.000	4.954.000	0	(15.264)
Jamaïque	229.272	180.792	(48.480)	2.099.000	2.099.000	0	48.480
Mexique	15.174.824	16.098.264	923.440	6.827.000	6.827.000	0	(923.440)
Nicaragua	83.880	66.096	(17.784)	4.435.000	4.435.000	0	17.784
Panama	303.832	307.152	3.320	1.602.000	1.602.000	0	(3.320)
Paraguay	231.136	180.792	(50.344)	3.182.000	3.182.000	0	50.344
Pays-Bas	167.760	132.192	(35.568)	361.000	361.000	0	35.568
Pérou	1.030.792	1.337.472	306.680	6.398.000	6.398.000	0	(306.680)
Porto Rico	206.904	163.296	(43.608)	181.000	181.000	0	43.608
Saint-Kitts-et-Nevis	41.008	42.768	1.760	463.000	463.000	0	(1.760)
Sainte-Lucie	41.008	42.768	1.760	677.000	677.000	0	(1.760)
Saint-Vincent-et-les-Grenadines	41.008	42.768	1.760	643.000	643.000	0	(1.760)
Suriname	83.880	66.096	(17.784)	1.117.000	1.117.000	0	17.784
Trinité-et-Tobago	283.328	349.920	66.592	1.614.000	1.614.000	0	(66.592)
République dominicaine	383.984	499.608	115.624	3.780.000	3.780.000	0	(115.624)
Royaume-Uni	111.840	89.424	(22.416)	372.000	372.000	0	22.416
Uruguay	337.384	416.016	78.632	1.332.000	1.332.000	0	(78.632)
Venezuela	3.839.840	4.249.584	409.744	3.588.000	3.588.000	0	(409.744)
Variable de pays	0	0	0	5.640.000	5.640.000	0	0
	186.400.000	194.400.000	8.000.000	112.840.000	112.840.000	0	(8.000.000)

Annexe 5			
Analyse programmatique et budgétaire par objectif stratégique			
Évaluation fin 2010 (classé par OS, RER et indicateur RER ⁶)			
OS	RER	Ind. RER I	Observations et recommandations ⁷
OS 1 Réduire le fardeau sanitaire, social et économique des maladies contagieuses.	1.1	1.1.1	Cet OS compte un total de 22 indicateurs dont 19 sont des indicateurs du type « nombre de pays ». Il compte aussi deux indicateurs de maintenance. Les cibles 2013 pour deux indicateurs ont été atteintes à la fin de 2009 mais deux pays ont quitté la base initiale de 2007 pour un indicateur (1.3.2 - rage). Il convient de noter la réémergence des maladies transmissibles comme la dengue. l'impact des catastrophes naturelles et les effets du changement climatique.
		1.1.2	
		1.1.3	
		1.1.4	
	1.2	1.2.1	En 2008-2009, cet OS a obtenu \$75.1 millions (86%) de son BP (\$86.6 millions), dont 72% provenaient d'Autres Sources. L'exécution budgétaire était de 96%, et 75% des indicateurs RER ont été atteints.
		1.2.2	
	1.3	1.3.1	
		1.3.2	
		1.3.3	
		1.3.4	En décembre 2010, l'OS a reçu 86% de son PB (\$79 millions de \$87.9 millions) ; son exécution budgétaire était de 58% et 73% des indicateurs RER étaient sur la bonne voie.
		1.3.5	
	1.4	1.4.1	
		1.4.2	En fonction de l'évaluation de cet OS (aussi bien programmatique que budgétaire), des ressources mobilisées et de la priorité de cet OS dans le PS (#2), il est raisonnable de recommander une augmentation dans le BP pour 2012–2013 à un niveau légèrement supérieur aux niveaux de 2010–2011, pour s'assurer que les cibles de 2013 sont atteintes. Des ressources d'un montant de \$90.5 millions sont proposées, en accord avec le montant planifié en 2010–2011.
		1.4.3	
	1.5	1.5.1	
	1.6	1.6.1	
		1.6.2	
	1.7	1.7.1	
		1.7.2	
		1.7.3	
	1.8	1.8.1	
	1.9	1.9.1	

⁶ Code couleur : vert, sur la bonne voie ; jaune, à risques; rouge, en problème.

⁷ Critères : taux d'exécution (budgétaire et programmatique en 2008–2009 et 2010–2011, par PMA), ordre prioritaire dans le Plan stratégique, contribution aux OMD et au Programme d'action sanitaire pour les Amériques et autres engagements (engagements régionaux et mondiaux) et importance dans les stratégies de coopération avec les pays (CCS).

Analyse programmatique et budgétaire par objectif stratégique Évaluation fin 2010 (suite)			
OS	RER	Ind. RER	Observations et Recommandations
OS 2 Lutter contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.	2.1	2.1.1	Cet OS compte 24 indicateurs dont 22 sont des indicateurs du type « nombre de pays ». Il compte cinq indicateurs de maintenance.
		2.1.2	
		2.1.3	En 2008–2009, cet OS a obtenu \$34.9 millions (46%) de son BP (\$75.1 millions), dont 76% proviennent des Autres Sources. L'exécution budgétaire était de 93%, et 89% des cibles des indicateurs RER ont été atteintes.
		2.1.4	
		2.1.5	
		2.1.6	
		2.1.7	
	2.2	2.2.1	En décembre 2010, cet OS avait reçu \$19.7 millions (26.2%) de son BP (\$75.1 millions) ; son taux d'exécution budgétaire était de 47% et 96% des indicateurs RER étaient sur la bonne voie.
		2.2.2	
	2.3	2.3.1	En fonction de l'évaluation de cet OS (tant programmatique que budgétaire), et des ressources mobilisées lors de l'exercice biennal précédent et actuel, il semble que le budget de cet OS a été surestimé depuis l'exercice biennal 2008-2009. De plus, le taux de mobilisation des ressources pour cet OS a été faible. Le financement disponible pour les pays provenant d'autres sources (le Fonds mondial) et les partenariats devrait également être pris en compte. En fonction de cela, il est raisonnable de diminuer le BP pour cet OS en 2012-13 à un niveau plus réaliste (\$56.1 millions recommandés). Ce montant tient compte de l'importance de cet OS (priorité #3 dans le PS), de sa contribution à l'OMD #6, et de la tendance future à une réduction des fonds pour les pays provenant des autres sources (indications du retrait du Fonds mondial). En tenant compte de ce scénario, l'Organisation devra octroyer les ressources nécessaires pour maintenir le taux d'exécution programmatique pour atteindre les cibles de 2013 dans le cadre de cet OS.
		2.3.2	
		2.3.3	
		2.4.1	
		2.4.2	
		2.4.3	
		2.4.4	
		2.4.5	
		2.4.6	
	2.5	2.5.1	
		2.5.2	
		2.5.3	
		2.5.4	
	2.6	2.6.1	
		2.6.2	

Analyse programmatique et budgétaire par objectif stratégique Évaluation fin 2010 (suite)			
OS	RER	Ind. RER	Observations et Recommandations
OS 3	3.1	3.1.1	Cet OS compte 27 indicateurs dont 26 sont des indicateurs du type « nombre de pays ». Cet OS a le plus grand nombre d'indicateurs RER à risque et en problème.
Prévenir et réduire les maladies, les handicaps et les décès précoces dus à des pathologies chroniques non transmissibles, à des troubles mentaux, à la violence et à des traumatismes	3.1	3.1.2	
		3.1.3	
		3.1.4	
		3.1.5	
	3.2	3.2.1	En 2008–2009, cet OS avait \$21 millions (75%) de son BP (\$28 millions), dont 40% proviennent des Autres Sources ; son exécution budgétaire était de 90% et 96% des cibles des indicateurs RER ont été atteintes.
	3.2	3.2.2	
		3.2.3	
		3.2.4	
		3.2.5	
	3.2	3.2.6	En décembre 2010, cet OS avait reçu 54% de son BP (\$17.4 millions des \$31.9 millions) ; son exécution budgétaire était de 45% et 48% des indicateurs RER étaient sur la bonne voie.
		3.2.7	
		3.3.1	
	3.3	3.3.2	
		3.3.3	
		3.3.4	
		3.3.5	
	3.4	3.4.1	En fonction de l'évaluation de cet OS (tant programmatique que budgétaire), des défis à relever pour atteindre les cibles, en tenant compte de la priorité de cet OS dans le PS (#4) et du fait que les maladies chroniques non transmissibles représentent un problème de taille dans la Région, le budget pour cet OS devrait augmenter en 2012-2013 (\$36 millions suggérés). Cet OS n'est pas relié directement aux OMD mais, suite à la reconnaissance par les États Membres du fardeau que représentent ces maladies dans la Région, elles ont été traitées lors de la Réunion à haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles.
	3.4	3.4.2	
		3.4.3	
		3.4.4	
		3.4.5	
	3.5	3.5.1	
	3.5	3.5.2	
		3.5.3	
	3.6	3.6.1	
	3.6	3.6.2	

Analyse programmatique et budgétaire par objectif stratégique Évaluation fin 2010 (suite)			
OS	RER	Indi. RER	Observations et Recommandations
OS 4	4.1	4.1.1	Cet OS a un total de 15 indicateurs. dont 13 sont des indicateurs de type « nombre de pays ». En 2008–2009. cet OS a obtenu \$24.7 millions (67%) de son BP (\$37.2 millions). dont 54% provenaient d'Autres Sources. L'exécution budgétaire était de 85% et 100% des cibles des indicateurs RER ont été atteintes. En décembre 2010. cet OS a obtenu 56% de son BP (\$21.35 millions de \$37.1 millions). son exécution budgétaire était de 59% et 73% de ses indicateurs RER étaient sur la bonne voie. Considérant ce qui est susmentionné et sachant que la priorité de cet OS est classée comme #1 dans le PS. au vu de sa contribution aux OMD 4 et 5. et à la demande faite par les États Membres en vue d'aligner les octrois budgétaires sur les priorités programmatiques. le BP de cet OS en 2012–2013 devrait être augmenté (\$42.5 millions recommandés). Au vu de cette augmentation et de l'importance des questions publiques traitées dans cet OS. l'Organisation devra chercher à augmenter le taux d'exécution lors de la période biennale actuelle et lors de la prochaine période. pour s'assurer que les ressources sont pleinement exécutées et que les cibles de 2013 sont atteintes. Au vu de sa priorité. cet OS devrait recevoir la plus grande augmentation en pourcentage.
Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé pendant les principales étapes de la vie (grossesse. accouchement. période néonatale. enfance et adolescence) et améliorer la santé sexuelle et génésique et promouvoir le vieillissement actif et en bonne santé de tous les individus.		4.1.2	
		4.1.3	
	4.2	4.2.1	
		4.2.2	
	4.3	4.3.1	
	4.4	4.4.1	
		4.4.2	
	4.5	4.5.1	
		4.5.2	
	4.6	4.6.1	
		4.6.2	
	4.7	4.7.1	
		4.7.2	
	4.8	4.8.1	
OS 5	5.1	5.1.1	Cet OS compte 17 indicateurs RER dont 6 sont des indicateurs du type « nombre de pays » et 9 des indicateurs de maintenance. En 2008–2009. cet OS a obtenu \$49.3 millions. 41% de son BP (des fonds mobilisés pour répondre aux urgences dans la Région). dont 92% provenaient des Autres sources. Il a répondu à son exécution budgétaire et à 100% de ses cibles d'indicateurs RER. En décembre 2010. cet OS avait reçu 65% de son BP (\$22.7 millions des \$35 millions) ; son exécution budgétaire était de 75% et 88% de ses indicateurs RER étaient en bonne voie. En plus. \$27.1 millions ont été octroyés à partir des fonds OCR. En fonction de ce qui est susmentionné et du fait que cet OS reçoit des fonds OCR. le budget peut rester au même niveau qu'en 2010–2011 (\$35 millions).
Réduire les conséquences sur la santé des urgences. des catastrophes. des crises et des conflits et réduire au minimum leur impact social et économique.		5.1.2	
		5.1.3	
	5.2	5.2.1	
		5.2.2	
	5.3	5.3.1	
		5.3.2	
	5.4	5.4.1	
		5.4.2	
	5.5	5.5.1	
		5.5.2	
		5.5.3	
	5.6	5.6.1	
		5.6.2	
		5.6.3	
	5.7	5.7.1	
		5.7.2	

Analyse programmatique et budgétaire par objectif stratégique Évaluation fin de 2010 (suite)			
OS	RER	Ind. RER	Observations et Recommandations
OS 6	6.1	6.1.1	Cet OS compte 14 indicateurs du RER et tous sont des indicateurs du type « nombre de pays » ; 1 indicateur a atteint la cible 2013. En 2008–2009, cet OS a obtenu \$14.2 millions (89%) de son BP (\$16 millions), dont 56% provenaient d'Autres Sources. L'exécution budgétaire était de 93%, et 60% des cibles d'indicateurs étaient atteintes. En décembre 2010, cet OS a obtenu 69% de son BP (\$11 millions des \$15.96 millions) ; son exécution budgétaire était de 53% et 75% des indicateurs RER sont en bonne voie. Cet OS aura des difficultés lors du programme biennal actuel et futur tant pour maintenir les gains que pour atteindre les cibles futures (surtout dans le domaine de la lutte contre le tabagisme). De plus, vu qu'il complète l'OS 3 (prévention et contrôle des maladies chroniques non transmissibles), il est recommandé qu'il obtienne une légère augmentation en 2012-2013 (\$17 millions).
Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque tels que l'usage du tabac, de l'alcool, des drogues et autres substances psycho-actives, les régimes alimentaires malsains, l'inactivité physique et les rapports sexuels non protégés, qui affectent les conditions de la santé.		6.1.2	
		6.1.3	
	6.2	6.2.1	
		6.2.2	
		6.2.3	
	6.3	6.3.1	
		6.3.2	
		6.3.3	
		6.3.4	
	6.4	6.4.1	
	6.5	6.5.1	
		6.5.2	
	6.6	6.6.1	
OS 7	7.1	7.1.1	Cet OS compte 12 indicateurs RER dont 10 sont des indicateurs du type « nombre de pays » ; 1 indicateur a déjà atteint la cible de 2013. En 2008–2009, cet OS avait obtenu \$17.4 millions (100%) de son BP dont 58% provenaient d'Autres Sources. Son exécution budgétaire était de 95%, et 94% de ses cibles d'indicateur RER avaient été atteintes. En décembre 2010, cet OS avait obtenu 61% de son BP (\$12.7 millions des \$20.96 millions) ; son exécution budgétaire était de 70% et 83% de ses indicateurs RER étaient en bonne voie. Deux indicateurs étaient en problème (7.1.1, mise en œuvre de la stratégie pour traiter les recommandations de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé et 7.6.3, santé des groupes ethniques et raciaux). En fonction de ce qui est susmentionné ainsi que de la priorité de cet OS (#5) et du fait qu'il traite des questions de santé transversales (déterminants de la santé) du Plan stratégique, et de son importance dans le Programme d'action sanitaire pour les Amériques (domaine d'action #2), il est raisonnable de recommander une augmentation du BP pour 2012-2013 (\$22.7 millions recommandés). Cet OS est considéré comme l'une des hautes priorités des stratégies de coopération avec les pays.
Aborder les déterminants sociaux et économiques sous-jacents de la santé à l'aide de politiques et de programmes qui renforcent l'équité en santé et qui intègrent des approches pro-pauvres, répondant aux différences des sexes et fondées sur les droits humains.	7.2	7.2.1	
		7.2.2	
		7.2.3	
	7.3	7.3.1	
	7.4	7.4.1	
	7.5	7.5.1	
		7.5.2	
		7.5.3	
	7.6	7.6.1	
		7.6.2	
		7.6.3	

Analyse programmatique et budgétaire par objectif stratégique
Évaluation fin 2010 (suite.)

OS	RER	RER Ind.	Observations et recommandations
OS 8	8.1	8.1.1	Cet OS compte 13 indicateurs RER dont 5 sont des indicateurs du type « nombre de pays ». This OS comptait le plus d'indicateurs RER à risques en décembre 2010 (par PMA). En 2008–2009, cet OS avait obtenu \$19.1 millions (76%) de son BP (\$25 millions), dont 31% provenaient d'Autres Sources. Son exécution budgétaire était de 91%, et 84% de ses cibles d'indicateur avaient été atteintes. En décembre 2010, cet OS avait obtenu 79% de son BP (\$19.8 millions des \$24.93 millions) ; il avait une exécution budgétaire de 53% et 31% de ses indicateurs RER étaient notés en bonne voie. Au vu des difficultés pour maintenir les gains et atteindre les cibles futures de cet OS, (selon le PMA de décembre 2010) et au vu de l'impact des catastrophes et changement climatique connexe, ainsi que de sa contribution à l'OMD 7, une augmentation dans son BP de 2012-2013 est justifiée (\$26.5 millions recommandés).
Promouvoir un environnement plus sain, intensifier la prévention primaire et influencer les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à traiter les causes fondamentales des menaces environnementales pour la santé.		8.1.2	
		8.1.3	
		8.1.4	
	8.2	8.2.1	
	8.3	8.3.1	
		8.3.2	
	8.4	8.4.1	
		8.4.2	
	8.5	8.5.1	
		8.5.2	
	8.6	8.6.1	
		8.6.2	
OS 9	9.1	9.1.1	Cet OS compte 14 indicateurs RER, tous sont des nombres de pays. Un indicateur est un indicateur de maintenance. En 2008-2009, cet OS a obtenu \$15.8 millions (75%) de son BP (\$21 millions), dont 35% provenaient d'autres sources. Son exécution budgétaire était de 97% et 76% de ses cibles d'indicateurs étaient atteintes. En décembre 2010, cet OS avait obtenu \$19.3 millions (92% de son BP (\$20.94 millions) ; son exécution budgétaire était de 43% et 64% des indicateurs RER étaient en bonne voie. En fonction de ce qui est susmentionné et des difficultés pour atteindre certaines des cibles d'indicateurs RER et au vu de la contribution de cet OS à l'OMD 1 (par l'intermédiaire de l'Alliance panaméricaine pour la nutrition et le développement pour les OMD) et du fait que l'Organisation est le principal intervenant dans le domaine de la sécurité et la sûreté alimentaire, une augmentation du BP pour cet OS est recommandé (\$22.5 millions).
Améliorer la nutrition, la sécurité et la sûreté des aliments pendant le cycle de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable.		9.1.2	
	9.2	9.2.1	
	9.3	9.3.1	
		9.3.2	
		9.3.3	
	9.4	9.4.1	
		9.4.2	
		9.4.3	
		9.4.4	
		9.4.5	
	9.5	9.5.1	
		9.5.2	
	9.6	9.6.1	

Analyse programmatique et budgétaire par objectif stratégique Évaluation fin 2010 (suite)			
OS	RER	Indi. RER	Observations et recommandations
OS10 Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé.	10.1	10.1.1	Cet OS compte sept indicateurs RER. tous sont des indicateurs du type « nombre de pays ». En 2008–2009, cet OS avait obtenu \$34.4 millions, 7% de plus que son BP (\$32 millions), dont 63% provenaient d'Autres Sources. Son exécution budgétaire était de 85% et 80% de ses cibles d'indicateurs RER étaient atteintes. En décembre 2010, cet OS avait obtenu 42% de son BP (\$16.95 millions des \$40 millions) ; son exécution budgétaire était de 46 % et 86% des indicateurs RER étaient notés comme étant sur la bonne voie. En fonction de ce qui est susmentionné, il est raisonnable de maintenir le même niveau du BP en 2012–2013 (\$40 millions) pour cet OS. Cet OS est la priorité #7 dans le Plan stratégique mais par contre, les pays l'ont retenu comme des principales priorités dans leurs stratégies de collaboration avec les pays. De plus, cet OS est directement relié à 3 des 8 domaines d'action du Programme d'action sanitaire pour les Amériques.
		10.1.2	
		10.1.3	
		10.1.4	
	10.2	10.2.1	
		10.2.2	
	10.3	10.3.1	
OS 11 Renforcer le leadership, la gouvernance et les données probantes des systèmes de santé.	11.1	11.1.1	Cet OS compte 14 indicateurs RER dont 12 sont des indicateurs du type « nombre de pays » et 1 indicateur est un indicateur de maintenance. En 2008–2009, cet OS avait obtenu \$31.1 millions (89%) de son BP (\$35 millions), dont 42% provenaient d'Autres Sources. Son exécution budgétaire était de 97% et 71% de ses cibles d'indicateur RER étaient atteintes. En décembre 2010, cet OS avait obtenu 71% de son BP (\$30.6 millions des \$42.84 millions) ; son exécution budgétaire était de 50% et 86% de ses indicateurs RER étaient notés comme étant sur la bonne voie. En fonction de ce qui est susmentionné, il est raisonnable de maintenir le BP pour cet OS (priorité #11) au même niveau en 2012–2013. Cet OS complète également l'OS 10 (services de santé), l'OS 13 (ressources humaines pour la santé) et l'OS 14 (protection sociale et financement de la santé).
		11.1.2	
	11.2	11.2.1	
		11.2.2	
	11.3	11.3.1	
		11.3.2	
		11.3.3	
		11.3.4	
	11.4	11.4.1	
		11.4.2	
	11.5	11.5.1	
		11.5.2	
		11.5.3	

Analyse programmatique et budgétaire par objectif stratégique
Évaluation fin 2010 (suite)

OS	RER	RER Ind.	Observations et recommandations
OS 12	12.1	12.1.1	Cet OS compte 9 indicateurs RER ; tous sont des indicateurs du type « nombre de pays ». Un indicateur a déjà atteint la cible 2013. En 2008–2009, cet OS avait obtenu \$19.2 millions (87%) de son BP (\$22 millions), dont 69% provenaient d'Autres Sources. Son exécution budgétaire était de 90%, et 88% de ses cibles d'indicateur RER avaient été atteintes. En décembre 2010, cet OS avait obtenu 103% de son BP (\$19.45 millions comparés à \$18.96 millions). Son exécution budgétaire était de 57% et 67% de ses indicateurs RER étaient notés en bonne voie. Le budget de cet OS pour 2010–2011 a été diminué de 14% environ, par rapport à son budget de 2008–2009. En fonction de son niveau de mobilisation des ressources et de son taux d'exécution en 2010–2011, il semble que cet OS ait été sous-budgétisé en 2010–2011. Aussi, recommande-t-on une légère augmentation budgétaire pour 2012–2013 (\$20 millions). Cet OS est relié à « l'exploitation de la connaissance, des sciences et de la technologie. » domaine d'action #7 du Programme d'action sanitaire pour les Amériques.
Assurer l'amélioration de l'accès, de la qualité et de l'usage de technologies et de produits médicaux.		12.1.2	
		12.1.3	
		12.1.4	
		12.1.5	
	12.2	12.2.1	
		12.2.2	
	12.3	12.3.1	
		12.3.2	
OS 13	13.1	13.1.1	Cet OS compte 13 indicateurs RER et ce sont tous des indicateurs du type « nombre de pays ». En 2008–2009, cet OS a obtenu \$14.8 millions (64%) de son BP (\$23 millions), dont 41% provenaient d'Autres Sources. Son exécution budgétaire était de 92%, et 68% de ses cibles étaient atteintes. En décembre 2010, cet OS avait obtenu 61% de son BP (\$12.26 millions des \$19.95 millions) ; son exécution budgétaire était de 57% et 69% des indicateurs RER étaient notés comme étant sur la bonne voie. Tenant compte des difficultés que rencontre cet OS pour atteindre ses cibles (du point de vue de l'évaluation fin de la période biennale 2008–2009 et PMA décembre 2010), et de sa priorité dans le PS (#6), il est recommandé que son BP soit augmenté en 2012–2013 (\$21.5 millions). Le BP de cet OS a été réduit de \$23 millions en 2008–2009 à \$20 millions en 2010–2011. Cet OS est également relié au « Renforcement de la gestion et du développement des agents de santé. » domaine d'action # 6 du Programme d'action sanitaire pour les Amériques.
Assurer du personnel sanitaire disponible, compétent, réactif et productif pour améliorer les résultats de la santé.		13.1.2	
	13.2	13.2.1	
		13.2.2	
	13.3	13.3.1	
		13.3.2	
	13.4	13.4.1	
		13.4.2	
		13.4.3	
		13.4.4	
		13.4.5	
	13.5	13.5.1	
		13.5.2	

Analyse programmatique et budgétaire par objectif stratégique Évaluation fin 2010 (suite)			
OS	RE R	Ind. RER	Observations et Recommandations
OS 14 Étendre la protection sociale à travers un financement équitable, approprié et durable.	14.1	14.1.1	Cet OS compte 10 indicateurs RER. dont 9 sont des indicateurs du type « nombre de pays ». A la fin de décembre 2010, cet OS comptait le deuxième plus grand nombre d'indicateurs RER à risque.
	14.2	14.2.1	
		14.2.2	En 2008–2009, cet OS avait obtenu \$4.9 millions (32%) de son BP (\$15 millions), dont 23% provenait d'Autres Sources (l'OS dépend en grande partie du budget ordinaire). Son exécution budgétaire était de 94% et 77% de ses cibles d'indicateurs RER étaient atteintes.
		14.2.3	
	14.3	14.3.1	En décembre 2010, cet OS avait reçu 50% de son BP (\$5 millions des \$10.27 millions) ; il avait une exécution budgétaire de 50% et seuls 20% de ses indicateurs RER étaient sur la bonne voie.
		14.3.2	
		14.3.3	Tenant compte des difficultés que cet OS rencontre pour atteindre ses cibles ainsi que de sa complémentarité avec l'OS 10 (services de santé), et de sa contribution au Programme d'action sanitaire pour les Amériques (domaine d'action #3. « Augmenter la protection sociale et l'accès à des services de santé de qualité »), il est recommandé que le BP de cet OS soit augmenté en 2012-2013 (\$10.2 millions recommandés) .
	14.4	14.4.1	
		14.4.2	
	14.5	14.5.1	
OS 15 Fournir le leadership, renforcer la gouvernance et encourager le partenariat et la collaboration avec les États Membres, le système des Nations Unies et les autres parties concernées pour s'acquitter du mandat de l'OPS/OMS en faisant progresser le Programme mondial de santé, tel qu'établi dans le onzième Programme général de travail de l'OMS et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques.	15.1	15.1.1	Cet OS couvre les fonctions facilitatrices pour soutenir la réalisation des autres OS. Il compte 15 indicateurs RER dont 4 sont des indicateurs du type « nombre de pays ».
		15.1.2	
		15.1.3	En 2008-2009, cet OS a obtenu \$69.7 millions ; son exécution budgétaire était de 98%, et 90% de ses cibles d'indicateurs RER étaient atteintes.
		15.1.4	
		15.1.5	En décembre 2010, cet OS avait reçu 83% de son BP (\$61.8 millions des \$74.9 millions) ; son exécution budgétaire était de 58% et 80% des indicateurs RER étaient sur la bonne voie (vert).
	15.2	15.2.1	
		15.2.2	Aucun changement n'est proposé dans le BP de cet OS.
		15.2.3	
		15.2.4	
		15.2.5	
		15.2.6	
	15.3	15.3.1	
		15.3.2	
		15.3.3	
		15.3.4	

Analyse programmatique et budgétaire par objectif stratégique Évaluation fin 2010 (suite)			
OS	RER	RER Ind.	Observations et Recommandations
OS 16 Développer et maintenir l'OPS/OMS comme une organisation d'apprentissage et flexible. lui permettant de mener à bien son mandat plus efficacement et plus rentablement.	16.1	16.1.1	Cet OS compte 30 indicateurs RER. Il couvre les fonctions facilitatrices venant soutenir les activités réalisées dans le cadre des OS 1-15. Cet OS ne compte pas d'indicateurs du type « nombre de pays ».
		16.1.2	
		16.1.3	En 2008-2009. cet OS a obtenu \$113.1 millions ; son exécution budgétaire est de 98% et 94% de ses cibles d'indicateurs RER ont été atteintes.
		16.1.4	
		16.1.5	En décembre 2010. cet OS a reçu \$99.3 millions ; son exécution budgétaire était de 56% et 90% des indicateurs RER étaient sur la bonne voie (vert).
	16.2	16.2.1	
		16.2.2	On propose une réduction dans le BP de cet OS pour réduire le montant octroyé aux fonctions facilitatrices en accord avec la cible fixée dans le Plan stratégique (réduire de 15% le budget de cet OS par rapport au budget total d'ici 2013).
		16.2.3	
		16.2.4	
		16.2.5	
		16.2.6	
	16.3	16.3.1	
		16.3.2	
		16.3.3	
		16.3.4	
		16.3.5	
	16.4	16.4.1	
		16.4.2	
		16.4.3	
	16.5	16.5.1	
		16.5.2	
		16.5.3	
		16.5.4	
		16.5.5	
	16.6	16.6.1	
		16.6.2	
		16.6.3	
		16.6.4	
		16.6.5	
		16.6.6	